

Sandra Ebersbach

Andre'Tunger

**Thema: Alte Menschen mit geistiger Behinderung – Möglichkeiten  
und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens in Sachsen**

## **Bachelorarbeit**

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, den 03. Februar 2012

Sandra Ebersbach

Andre'Tunger

**Thema: Alte Menschen mit geistiger Behinderung – Möglichkeiten  
und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens in Sachsen**

eingereicht als

**Bachelorarbeit**

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, den 03. Februar 2012

Erstprüfer: Prof. Dr. Monika Häussler- Szczepan

Zweitprüfer: Dipl. SA/SP (FH) Michel C. Hille

## **Bibliographische Beschreibung:**

Ebersbach, Sandra / Tunger, André:

Alte Menschen mit geistiger Behinderung – Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens in Sachsen. 60 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/ Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2012.

## **Referat:**

Die Bachelorarbeit befasst sich mit den Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens von alten Menschen mit geistiger Behinderung. Untersucht werden die Lebensbedingungen von alten Menschen am Beispiel von stationären Wohneinrichtungen in Sachsen.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf einer intensiven Literatur- und Praxisanalyse. Durch eine Sekundäranalyse vorhandener Daten wird die aktuelle Wohn- und Lebenssituation alter Menschen in Wohnstätten aufgezeigt. In Bezug auf finanzielle, organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen werden Perspektiven der Wohnstätten in der Unterstützung ihres älteren Klientels dargestellt.

Daneben werden Interviews mit Betroffenen in Institutionen der Behindertenhilfe durchgeführt. Die Interviews stellen eine exemplarische Situationsbeschreibung der Bewohner dar.

# **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>6</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>6</b>
<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>7</b>
<b>2 BEGRIFFSBESTIMMUNG</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Geistige Behinderung</b>	<b>10</b>
2.1.1 Geistige Behinderung im Wandel der Zeit	10
2.1.1 Versuch einer zeitgemäßen Definition	14
<b>2.2 Geistige Behinderung im Alter</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Von der Normalisierung zum Inklusionsgedanken</b>	<b>17</b>
2.3.1 Normalisierungsprinzip	18
2.3.2 Empowerment	20
2.3.3 Inklusion	21
<b>3 ALTE MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Sozial- demografische Entwicklungen und Lebenserwartungen</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Kompetenzen von älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung</b>	<b>28</b>
<b>3.3 Möglichkeiten der Förderung von Kompetenz und Lebensqualität</b>	<b>30</b>
<b>4 WOHNEN FÜR ALTE MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG</b>	<b>34</b>
<b>4.1 Der Begriff Wohnen</b>	<b>34</b>
<b>4.2 Anforderungen an das Wohnen alter Menschen</b>	<b>35</b>
<b>4.3 Voraussetzungen und Bedingungen an das Wohnen</b>	<b>37</b>
<b>4.4 Wohnformen für alte Menschen mit einer geistigen Behinderung</b>	<b>39</b>
<b>4.5 Stationäre Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe</b>	<b>42</b>

<b>5 STATIONÄRES WOHNEN IM ALLTAG</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Sekundäranalyse der von uns durchgeführten Befragung</b>	<b>46</b>
5.1.1 Betrachtung der aktuellen Situation der Menschen in Wohnstätten	56
<b>5.2 Befragung älterer Menschen mit geistiger Behinderung</b>	<b>59</b>
5.2.1 Das Befragungsinstrument	59
5.2.2 Vorbereitung und Durchführung der Befragung	60
5.2.3 Auswertung der Befragung	61
<b>6 MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN UND EINES SELBSTBESTIMMTEN LEBENS IN WOHNSTÄTTEN</b>	<b>66</b>
<b>6.1 Abdeckung von Bedarfslagen und Kompetenzerhaltung</b>	<b>66</b>
6.1.1 Finanzierung und Abrechnung einer Wohnstätte nach dem H.M.B.-W. -Verfahren	67
<b>6.2 Altersspezifische Wohnangebote, Übergangsphasen und tagesstrukturelle Maßnahmen</b>	<b>73</b>
<b>6.3 Möglichkeiten von Interdisziplinarität und sozialer Arbeit</b>	<b>76</b>
6.3.1 Interdisziplinarität	76
6.3.2 Möglichkeiten sozialer Arbeit	79
6.3.2.1 Biografiearbeit	80
6.3.2.2 Sterbe- und Trauerbegleitung	82
6.3.2.3 Lebensbegleitung von alten Menschen mit Demenz	83
<b>7 FAZIT UND PERSPEKTIVEN</b>	<b>85</b>
<b>ANHANG</b>	<b>88</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>91</b>

## Abkürzungsverzeichnis

<b>BSHG</b>	Bundessozialhilfegesetz
<b>DSM- IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>HBK</b>	Hilfebedarfsgruppe
<b>H.M.B.-W. -Verfahren</b>	Verfahren zur Ermittlung des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung im Lebensbereich Wohnen
<b>ICD-10</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
<b>KSV</b>	Kommunaler Sozialverband Sachsen
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>WfbM.</b>	Werkstatt für behinderte Menschen

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Das Klassifikationssystem ICD-10	<b>10</b>
<b>Abbildung 2:</b> Vorrauschätzung der Altersstruktur schwerbehinderter Menschen in Sachsen	<b>22</b>
<b>Abbildung 3:</b> Anzahl der Werkstattbeschäftigten im Freistaat Sachsen, die bis zum Jahr 2017 das Rentenalter erreichen. Prognose auf Basis der Belegung im Arbeitsbereich	<b>23</b>
<b>Abbildung 4:</b> Altersstruktur in stationären Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung (WH; AWG; WPH nach SGB XI, Stand 31.12.2002) Anzahl der Leistungsberechtigten	<b>23</b>
<b>Abbildung 5:</b> Die Bedarfslagen älterer Menschen mit Behinderung sind von unterschiedlicher Ausprägung und Intensität	<b>63</b>

# 1 Einleitung

Thema der vorliegenden Arbeit sind alte Menschen mit geistiger Behinderung, die in Sachsen leben. Dabei soll die Frage beantwortet werden, welche Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens diese älteren Menschen haben. Wir wollen unseren Fokus hauptsächlich auf die alten Menschen mit geistiger Behinderung in Wohnstätten in Sachsen richten. Die demografische Entwicklung deutet auf tief greifende Veränderungen in der Altersstruktur von Menschen mit geistiger Behinderung hin. Diese Menschen, egal in welcher Wohnform sie leben, werden älter und das in großer Zahl. Die Einrichtungen der Behindertenhilfe werden sich auf diese demografische Entwicklung einstellen müssen. Unsere eigenen Recherchen zum Thema ergaben, dass sich die Fachwelt seit einigen Jahren mit dieser Thematik beschäftigt. Die Einrichtungen der Behindertenhilfe scheinen jedoch kaum auf diese sich verändernden Bedingungen vorbereitet zu sein. Diese Tatsache lässt darauf schließen, dass ältere Menschen mit geistiger Behinderung vor allen in Wohnstätten nicht auf optimale Bedingungen treffen, welche sie in ihren Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensführung unterstützen. Unsere persönliche Motivation war es dabei, diese Bedingungen, vor allem im Bereich der stationären Wohnformen, darzustellen, Problemlagen zu untersuchen und mögliche Perspektiven zur Verbesserung der Möglichkeiten in Bezug auf ein selbstbestimmtes Leben aufzuzeigen. Wir werden daher zunächst die Fragestellung der Arbeit durch theoretische Positionen aufarbeiten. Der Begriff „Geistige Behinderung“ soll umfassend bestimmt werden. Dabei wird der Begriff im Wandel der Zeit betrachtet und der Versuch einer zeitgemäßen Definition vorgenommen. Die darauf folgende Beschreibung der geistigen Behinderung im Alter setzt den Rahmen, in dem sich unsere Arbeit bewegt. Grundlegende Paradigmen wie Normalisierungsprinzip, Empowermentkonzept und die Inklusion, sowie deren Bezug zu Selbstbestimmung und Teilhabe bilden die weitere Grundlage dieser Arbeit. Nach einer umfassenden Begriffsbestimmung, sollen durch die Recherche von Fachliteratur, die aktuellen Erkenntnisse in Bezug auf sozialdemografische Entwicklungen und Lebenserwartungen, sowie die Kompetenzen und Fördermöglichkeiten der alten Menschen mit geistiger Behinderung dargestellt werden. Die Wohnmöglichkeiten dieser Senioren werden analysiert. Der Begriff „Wohnen“ wird erläutert und Anforderungen, Voraussetzungen und Bedingungen an das selbstständige Wohnen der alten

Menschen mit geistiger Behinderung werden näher betrachtet. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei die stationären Wohnformen in Sachsen. Ein von uns bereits durchgeführtes Forschungsprojekt, bei dem stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe zu den Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens von alten Menschen mit geistiger Behinderung befragt wurden, wird in Bezug auf unsere Fragestellung ein zweites Mal analysiert und mit aktueller Fachliteratur abgeglichen. Ergänzend haben wir in zwei verschiedenen Einrichtungen der Behindertenhilfe in Sachsen mit sieben alten Menschen mit Behinderung eine exemplarische Befragung mittels einer bereits wissenschaftlich erarbeiteten Methode durchgeführt. Sie unterstützt das von uns dargestellte Thema und gibt einen Einblick in die praktische Tätigkeit der Institutionen und des Lebens der dort wohnenden Menschen. Abschließend werden stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe auf ihre praxisnahen Möglichkeiten zur Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens älterer Menschen untersucht. Dazu werden einrichtungsbezogene Rahmenbedingungen analysiert, kritisch betrachtet und eventuell vorhandene Perspektiven (aber auch Grenzen) aufgezeigt. Die Wichtigkeit und Möglichkeiten Sozialer Arbeit sollen dabei nicht außer Acht gelassen werden.

Wir möchten darauf hinweisen, dass sich die Bezeichnung des männlichen oder weiblichen Geschlechts einer Person in der folgenden Arbeit im allgemeinen Kontext auf alle Geschlechter bezieht. Dies geschieht aus Gründen der Zweckmäßigkeit und soll keine Art der Diskriminierung ausdrücken.

Sandra Ebersbach und André Tunger



## 2 Begriffsbestimmung

Für die Darstellung und Diskussion der Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens alter Menschen mit geistiger Behinderung ist es zunächst notwendig, die relevanten Begriffe, die mit der Thematik in Zusammenhang stehen, näher zu bestimmen. So wird im ersten Abschnitt der „Behindertenbegriff“ definiert. Im nachfolgenden Kapitel geht es um den Terminus „geistige Behinderung“. Nach einem kurzen historischen Abriss, in dem der Begriff „geistige Behinderung“ im Wandel der Zeit betrachtet wird, erfolgt der Versuch einer zeitgemäßen Definition. Im darauf folgenden Abschnitt werden die Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen an alternde und alte Menschen mit geistiger Behinderung vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung betrachtet. Der nächste Teilbereich liefert einen Überblick über den Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik. Dabei werden die wichtigen Begriffe Normalisierungsprinzip, Selbstbestimmung, Empowerment, Teilhabe und Inklusion definiert und in ihrer Entwicklung dargestellt.

Die Begriffsbildung „behindert, Behinderung, Behinderte“ beginnt in den 20er Jahren dieses Jahrhunderts in der deutschen Heilpädagogik und Fürsorgeverwaltung als „Körperbehinderung“ und wird 1938 im Reichsschulpflichtgesetz mit „geistig und körperlich behindert“ kombiniert (vgl. Münch 1997, 238; zit. nach Metzler/Wacker 2005, 119). Ab diesem Zeitpunkt wird der Begriff „Behinderung“ in verschiedenen Zusammenhängen verwendet. Einen wesentlichen Anteil an der „Verbreitung des Behindertenbegriffs dürfte...die erste Fassung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) von 1961 gehabt haben“, und „das sich ab Mitte der 60er Jahre entwickelnde und ausdifferenzierende Sonderschulwesen“ (Metzler/ Wacker 2005, 119). In der weiteren Diskussion wird „Behinderung“ abgegrenzt von Krankheit gesehen. Krankheit bezeichnet eine vorüber gehende Störung, während Behinderung eine dauerhafte Veränderung der körperlichen, seelischen oder geistigen Fähigkeit, die vom nur schwer zu definierenden Normal-Gesundheitszustand abweicht, darstellt. Behinderung ist daher kein isoliertes Phänomen, sondern ein „Lebensereignis“, das durch eine „Vielzahl von individuellen und sozialen Komponenten beeinflusst werden kann“ (vgl. ebd., 120). Menschen mit dem Begriff „behindert“ zu versehen, birgt mehrere Gefahren, von denen Stigmatisierung und die daraus resultierende

Diskriminierung wohl die offensichtlichsten sind. „Behindert sein“ ist negativ besetzt und defizitorientiert. Daher ist ein verantwortungsvoller Umgang mit der Zuschreibung „behindert sein“ unerlässlich und jeder Mensch hat das Recht auf eigene Lebensrealisierung. Wenn er dabei Unterstützung und Hilfestellung benötigt, dann darf der Mensch Art und Umfang dieser Hilfe selbst bestimmen. In Artikel drei der UN-Behindertenkonvention heißt es unter anderem „Respekt für Differenz und Anerkennung von Behinderung als Bestandteil menschlicher Vielfalt und Menschlichkeit. Die geforderte Anerkennung gilt demnach nicht nur den behinderten Menschen und ihrer Würde, sondern erstreckt sich auch...auf ihre durch die Behinderung bedingten besonderen Lebensformen“ (Bielefeldt 2006, 7). Daher wollen wir mit unserer Arbeit die Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens älter Menschen mit geistiger Behinderung in unserer Gesellschaft, speziell in Sachsen, betrachten. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Menschen, die von der heutigen Gesellschaft im Allgemeinen als „geistig behindert“ bezeichnet werden.

## **2.1 Geistige Behinderung**

### **2.1.1 Geistige Behinderung im Wandel der Zeit**

Der Blick auf Menschen, die als geistig behindert angesehen werden, ist geprägt durch Menschenbilder, die von der jeweiligen Gesellschaft entworfen wurden und die gleichzeitig als Spiegel ihrer jeweiligen Zeit betrachtet werden können (vgl. Goll 2007, 221f). Im 19. Jahrhundert entstanden erste Einrichtungen, in denen Menschen mit geistiger Behinderung betreut wurden. Dabei handelte es sich um Institutionen die großen Anstalten glichen, so genannte „Idiotenanstalten“ und „Irrenanstalten“ (vgl. Strömer 2007a, 25). Es kam zur Institutionalisierung der dort untergebrachten Menschen, die durch Mitarbeiter aus sozialen Berufen nach pädagogischen Konzepten betreut wurden. Jedoch entsprachen Ausstattung und die dortigen Lebensumstände in keiner Weise den heutigen Ansprüchen an ein würdevolles Lebensumfeld mit Respekt, Anerkennung und Teilhabe. Im Verlauf des zweiten Weltkrieges fanden fast 300.000 Menschen mit Behinderung durch das national-sozialistische Euthanasie-Programm den Tod (vgl. Strömer 2007b, 146). Nach Beendigung des Krieges wurden Menschen mit geistiger Behinderung verstärkt in psychiatrische Kliniken untergebracht, in denen sie unter teils menschenunwürdigen Bedingungen lebten. In der Folge kam es zur

Hospitalisierung der Betroffenen, da durch die negativen Lebensumstände das Interesse, die Rechte und Bedürfnisse der Menschen kaum Berücksichtigung fanden (vgl. Theunissen 2007a, 95).

Die Nachkriegszeit war geprägt von der Vorstellung, die Gesellschaft müsse vor Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung geschützt werden (vgl. Hohmeier/Mennemann 1995, 375). Ebenso glaubte man, dass die betroffenen Menschen vor Verelendung und Ausgrenzung, verursacht durch die Gesellschaft, geschützt werden müssten (vgl. ebd.). Die heilpädagogischen Konzepte jener Zeit waren geprägt von defizitorientierten Ansätzen, die Menschen mit Behinderung als unheilbar krank, minderwertig oder anstaltsbedürftig betrachteten und ihnen ihre Bildungsfähigkeit absprachen (vgl. Theunissen 2008, 128). Die so genannte Oligophrenie, mit der in dieser Zeit geistige Behinderung definiert wurde, wird heute noch im psychiatrischen Sprachgebrauch verwendet. Dieser veraltete Ansatz wirkt in psychischen Einrichtungen bis in die Gegenwart (vgl. ebd.). Wichtige Impulse für den Ausbau des weiteren Hilfesystems für Menschen mit geistiger Behinderung gaben das Bundessozialhilfegesetz und die in ihm verankerten Eingliederungshilfen. Es wurden erstmals Voraussetzungen für differenzierte Hilfe geschaffen. Positiv dabei war einerseits die Gewährleistung von Unterstützung und Förderung der Menschen mit Behinderung. Negativ zu bewerten war andererseits, dass „...dieses System zu einer zunehmenden Desintegration...“ beitrug, „...indem es Menschen mit – vor allem geistiger und seelischer – Behinderung auf Sonderbereiche der Bildung, der Arbeit und des Wohnens verwies“ (Metzler/ Wacker 2005, 132).

In den 70er Jahren wurde das aus Skandinavien stammende Normalisierungsprinzip formuliert. „Das Normalisierungsprinzip beinhaltet, allen Menschen mit geistiger Behinderung Lebensmuster und Alltagsbedingungen zugänglich zu machen, die den üblichen Bedingungen und Lebensarten der Gesellschaft so weit als möglich entsprechen“ (Nirje 1994, zit. nach Metzler/ Wacker 2005, 132). Dieses System stand somit dem vorherigen separierenden System gegenüber, denn Menschen mit Behinderung sind in erster Linie als Mitglieder der Gesellschaft zu begreifen, denen uneingeschränkte Teilhabe an Lebensstandards und Lebensgepflogenheiten und an der Ausübung von Rechten zusteht. In Deutschland wirkte das Normalisierungsprinzip anders als in den Skandinavischen Ländern und den USA, wo es den Prozess der De-

Institutionalisierung einleitete. Hierzulande blieben für Menschen mit geistiger Behinderung spezialisierte Einrichtungen und Dienste bestehen. Jedoch verbesserten sich die Lebensverhältnisse der Bewohner indem

- es zur Trennung von Wohnen, Arbeiten und Freizeit
  - der Auflösung geschlechtshomogener Wohngruppen
  - der Schaffung kleinerer gemeinwesenintegrierter Wohneinheiten
- etc. kam (vgl. Metzler/ Wacker 2005, 133).

Eine Erweiterung des Normalisierungsprinzips bestand und besteht in der Diskussion um die Lebensqualität der Menschen mit geistiger Behinderung. Dabei müssen die Individualität und der eigene Lebensstil der Menschen im Vordergrund stehen. Die Ausbildung individueller Fähigkeiten, Kompetenzen und Bedürfnisse gilt es zu unterstützen, um ein selbstbestimmtes Leben fördern zu können. Die wissenschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung in der Behindertenarbeit zeigt im Wandel der Zeit positive und negative Ergebnisse (wie dargestellt). Derzeit findet ein „hochdynamischer Umbruch“ statt. Die Behindertenarbeit hat sich „...bisher den Prinzipien der Normalisierung und Integration verschrieben...“ und „...sieht sich heute mit den Leitideen Empowerment, Partizipation und Inklusion konfrontiert“ (Theunissen 2010, 13). Die Bestimmung dieser Begriffe folgt in den Abschnitten 2.3 ff.

Um den Schweregrad der geistigen Behinderung eines Menschen feststellen zu können, gibt es zwei aktuelle und hinreichend bekannte Klassifikationssysteme:

- Klassifikationen nach ICD-10 von der Weltgesundheitsorganisation WHO entworfen
- Klassifikationen DSM-IV von der American Psychiatric Association entwickelt.

Im Klassifikationssystem ICD-10 wird geistige Behinderung unter dem Schlagwort „Intelligenzminderung“ gefasst und sich am Intelligenzquotienten orientierend, wie folgt eingeteilt:

<b>Kategorie</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>IQ-Bereich</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Inkl.</b>
F70	Leichte Intelligenzminderung	50-69 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren)	Lernschwierigkeiten in der Schule. Viele Erwachsene können arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.	Debilität  Leichte geistige Behinderung
F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	35-49 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren)	Deutliche Entwicklungsverzögerung in der Kindheit. Die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.	Mittelgradige geistige Behinderung
F72	Schwere Intelligenzminderung	20-34 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren)	Andauernde Unterstützung ist notwendig	Schwere geistige Behinderung
F73	Schwerste Intelligenzminderung	unter 20 (bei Erwachsenen Intelligenzalter unter 3 Jahren)	Die eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt.	Schwerste geistige Behinderung

Abbildung 1: Das Klassifikationssystem ICD-10 (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2011)

Die Einteilung nach der Klassifikation DSM-IV ist ähnlich gelagert und wird auch vom Schweregrad der Behinderung nach Intelligenzbereichen vorgenommen. In diesem Konzept finden neben dem Intelligenzquotienten auch soziale Aspekte eine Berücksichtigung. So werden drei Diagnosekriterien für das Vorliegen einer geistigen Behinderung benannt (vgl. Theunissen 2008, 129):

1. Unterdurchschnittliche Intelligenzleistung
2. Defizite im sozial adaptiven Verhalten
3. Auftreten bis zum 18. Lebensjahr

Gegenüber älteren Ansätzen kann dies als deutlicher Fortschritt gewertet werden. Jedoch ist die Klassifikation einer geistigen Behinderung als psychische Störung in jedem Fall kritisch zu betrachten (vgl. ebd.).

### **2.1.1 Versuch einer zeitgemäßen Definition**

Der Begriff „geistige Behinderung“ hat sich in der deutschen Gesellschaft durchgesetzt und muss als soziale Zuschreibung, nicht als objektiver Tatbestand, verstanden werden. Es besteht keinesfalls Einigkeit darüber, wie er zu bewerten ist. Aus theologischer und philosophischer Sicht ist Geist nicht einschränkbar. Im Handbuch für Sozialarbeit/Sozialpädagogik schreiben Heidrun Metzler und Elisabeth Wacker zum Begriff „Geistigbehinderte“ folgendes:

„Derzeit finden sich verschiedene Definitionsansätze zur Klärung des Begriffs der geistigen Behinderung. Eine allgemein gültige Definition, die überprüfbar wäre, liegt bisher nicht vor (vgl. Speck 1993, 39). Es handelt sich vielmehr um eine sehr heterogenen Gruppe von Menschen mit unterschiedlicher kognitiver, motorischer und sozial-emotionaler Kompetenz“ (Metzler/ Wacker 2005, 122). Eine Definition des Begriffs wäre auch deshalb schwierig, weil die Übergänge zur so genannten „Normalität“ durchaus fließend sein können. In den letzten Jahren hat eine Sensibilisierung stattgefunden, die zu dem Anspruch führt, keine Begriffe anzuwenden, die Mitmenschen stigmatisieren oder etikettieren und dadurch Beziehungen von Anfang an reduzieren. Speck führt dazu aus: „Versuche, durch die Auswechslung des Wortes die damit gemeinten Menschen vor Stigmatisierung zu bewahren, sind in der Geschichte des hier gemeinten Problembegriffs

wiederholt unternommen worden und zwar vergeblich. Das sozialpsychologische Problem konnte dadurch nicht gelöst werden. Wenn heute wiederum vehement ein nicht defizit-bestimmter und nicht stigmatisierender Ersatzbegriff gesucht wird, so ist dies verständlich; es ist aber auch festzustellen, dass er bis jetzt nicht gefunden werden konnte. Das Hauptproblem liegt offensichtlich nicht in der Bezeichnung, sondern in deren gesellschaftlich geläufiger Konnotation des gemeinten Inhalts“ (Speck 2007, 136).

Der Schwerpunkt der Betrachtungsweise von Menschen mit der Zuschreibung „geistig behindert“ verlagert sich mehr auf den Lebensbereich, in dem dieser Mensch spezielle Unterstützung und Begleitung benötigt. Hierbei rücken die Hindernisse „behindert werden“ in den Blick, die den Betroffenen zusätzlich in den Weg gelegt werden könnten. Viel wichtiger ist es den Menschen die Hilfe und Unterstützung zu geben, von denen es entscheidend abhängt, wie gut sie im Alltag zu Recht kommen.

Wir werden in dieser Arbeit weiterhin den Begriff „Menschen mit geistiger Behinderung“ verwenden, wohlweißlich nicht als individuelles Merkmal eines Menschen, sondern vielmehr als mehrdimensionales und relationales Phänomen. Die Bezeichnung „geistige Behinderung“ bezieht sich auf komplexe Einschränkungen im kognitiver, sprachlichen, motorischen und sozialen Bereich, die eine dauerhafte Unterstützung und Begleitung notwendig macht (vgl. Speck 2007, 137).

## **2.2 Geistige Behinderung im Alter**

Älter werdende und alte Menschen mit oder ohne geistige Behinderung erleben in dieser Lebensphase Veränderungen, Herausforderungen und Chancen. „Die Herausforderungen des Alters (wir wollen bewusst nicht von Problemen sprechen), individuell wie gesellschaftlich, sind historisch in relativ kurzer Zeit entstanden, einer Zeit, die für die Entwicklung einer wissenschaftlichen Perspektive und für das Vorliegen eines hohen Wissenstands recht kurz war. Denn eine systematische und ertragreiche Altersforschung existiert erst seit etwa 50-60 Jahren“ (Wahl/Heyl 2004, 27). So wird erst seit einigen Jahren das Altern von Menschen mit geistiger Behinderung in Wissenschaft und Praxis angemessen beachtet. Durch das nationalsozialistische Euthanasie-Programm, bei dem tausende Menschen mit geistiger Behinderung ermordet wurden, ist eine Lücke

entstanden, die in den nächsten Jahren durch älter werdende und alte Menschen mit geistiger Behinderung immer mehr gefüllt wird. Die nicht zuletzt daraus resultierende lückenhafte Beschäftigung der Fachwelt mit dieser Thematik verschärft das Problem, denn über den „...alt gewordenen Mensch mit Behinderung...“ wissen „...wir in Deutschland recht wenig...“ (Krueger 2006, 7).

Menschen mit geistiger Behinderung erreichen heute durch den wissenschaftlichen und medizinischen Fortschritt ein hohes Alter. „Eine verbesserte Betreuung und Förderung sowie der medizinische Fortschritt haben dazu beigetragen, dass heute geistig behinderte Menschen, die nach dem Dritten Reich geboren wurden, mittlerweile nicht nur das 60. Lebensjahr überschreiten, sondern auch ein immer höheres Lebensalter erreichen können. Damit erschließt sich dieser Personenkreis nicht nur ganz neue Lebensperspektiven, sondern es gehen damit auch Probleme einer zunehmenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einher“ (Kuratorium Deutsche Altenhilfe 2008, 6, zit. nach Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, 50). Wenn Menschen mit geistiger Behinderung alt werden, können besonders körperliche Ermüdung und Erschöpfung zu nehmen mit der Folge einer Antriebsverringering. Die Gefahr von Demenz ist bei einigen Behinderungsbildern (Down Syndrom) erhöht. Hierbei ist es wichtig die vorhandenen Alltagskompetenzen zu trainieren, um Fähigkeiten so lange wie möglich zu erhalten.

Wie Wahl und Heyl konstatieren, findet das Altern „lebenslang statt und die Ausgestaltung der späteren Lebensphase hat offensichtlich viel mit dem biografischen Werdegang einer Person zu tun“ (Wahl/Heyl 2004, 16). Schauen wir auf die Biografie alter Menschen mit geistiger Behinderung, so sprechen wir von Personen die

- die NS-Zeit überlebt haben
- unter erschwerten Bedingungen gelebt haben
- in einer Zeit aufgewachsen sind, in der sie häufig im direkten Umfeld und auch gesamtgesellschaftlich, wenig Wertschätzung erfahren haben (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe Marburg 2008, 6)

Diesen Menschen wurde wenig Gelegenheit gegeben, eigene Lebenspläne zu schmieden. Ebenso hatten sie eine verminderte Chance auf schulische



Förderung. Partnerschaftliche oder auch intime Beziehungen blieben ihnen meist vorenthalten (ebd.).

Das Altern kann nicht als losgelöster Zeitraum von früheren Lebensphasen betrachtet werden. Auch wenn wir heute von einem Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe sprechen und es Teilhabe und das Recht auf selbstbestimmtes Leben gibt, so muss die Biografie der heute alten Menschen mit geistiger Behinderung unbedingt Beachtung finden. Die eigene Einstellung dieser Menschen zu ihrer Lebensphase im Ruhestand ist dabei von großer Bedeutung. Besonders die Phase des Übergangs des Menschen mit geistiger Behinderung von einer Beschäftigung (Werkstatt für Behinderte Menschen) in den Ruhestand ist nicht zu unterschätzen. In unseren weiteren Ausführungen wird es daher um Menschen mit geistiger Behinderung gehen, die altersbedingt aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind oder ihre berufliche Tätigkeit reduziert haben und die vorwiegend in stationären Einrichtungen wohnen. Die Altersgrenze möchten wir in Anlehnung an das geltende Rentenrecht bestimmen. So können „schwerbehinderte Menschen“ die vor dem 1. Januar 1952 geboren sind, „mit 63 Jahren abschlagsfrei oder ab 60 Jahre mit Abschlägen“ eine Altersrente erhalten (Deutsche Rentenversicherung 2011, 29). Sind diese Menschen „bis zum 16. November 1950 geboren“ können sie „diese Rente aus Vertrauensschutzgründen bereits mit 60 Jahren abschlagsfrei beanspruchen“ (ebd.). Daher möchten wir für unsere Arbeit eine Altersgrenze der von uns betrachteten Menschen ab 60 Jahren festlegen.

Sandra Ebersbach

### **2.3 Von der Normalisierung zum Inklusionsgedanken**

Die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung vollzog in den letzten 50 Jahren einen Perspektivenwechsel, der mit dem Normalisierungsprinzip begann und sich durch Konzepte wie das Empowerment und die Inklusion weiter fortsetzte und stetig entwickelte. Die Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung ist dabei der grundsätzliche Gedanke und auch leitendes Prinzip, welches alle genannten Ideen gemein haben. Dieser anthropologisch und ethisch gesehene Ausdruck von Freiheit wurde den Menschen mit einer geistigen Einschränkung jahrhundertlang verwehrt. Sie wurden unter dem psychologischen und sozialen Aspekt als völlig abhängig von fremder Hilfe beschrieben (vgl. Speck 2007, 300). Da der Mensch von Natur aus darauf definiert ist, selbständig zu werden, um ein

autonomes Leben führen zu können, sollte er die Fähigkeit entwickeln können, sein Handeln selbst zu wählen und auch verantworten zu können (vgl. ebd.). Genau an dieser Stelle setzt der Ansatz des Empowerment und die Idee der Inklusion an. Menschen mit geistiger Behinderung soll ein Leben ermöglicht werden, welches sie selbst nach ihren eigenen Vorstellungen autonom und selbstbestimmt gestalten können. Im Folgenden sollen die Grundprinzipien dieser Konzepte kurz skizziert und erläutert werden.

### **2.3.1 Normalisierungsprinzip**

Die Praxis der Behindertenarbeit wurde in den letzten Jahrzehnten kaum durch einen anderen Impuls so nachhaltig verändert, wie durch das „Normalisierungsprinzip“ (vgl. Gröschke 2007, 242). Durch den dänischen Juristen und Verwaltungsbeamten Bank-Mikkelsen wurde es das erste Mal 1959 schriftlich formuliert. Eingang in die Fachliteratur hielt es 1969 durch den Schweden Bengt Nirje (vgl. Thimm 1994, 17). Thimm und von Ferber erprobten das Reformkonzept erstmals Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre empirisch in Deutschland (vgl. Gröschke 2007, 242).

Mit der Maxime „Ein Leben, so normal wie möglich!“ (Bank-Mikkelsen, Nirje, Wolfensberger) sollte sich die Reformidee auf die Veränderung der strukturellen und institutionellen Lebens- und Betreuungsbedingungen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe richten (ebd.). Die Normalisierung darf dabei nicht als „vorgestellte Anpassung, Korrektur oder ‘Heilung’ der behinderten Menschen“ (ebd.) verstanden werden, vielmehr sind die „Lebenslagen und die Lebensverhältnisse von Menschen mit Behinderungen ... inklusive der sozialpolitischen, sozialrechtlichen und –administrativen Rahmenbedingungen der Behindertenhilfe“ (ebd.) so zu gestalten, dass den Menschen mit Behinderung ein Leben ermöglicht wird, welches dem der nicht behinderten Menschen entspricht (vgl. ebd.). Nirje leitet daraus acht praktische Dimensionen ab, auf die sich das Normalisierungsprinzip bezieht:

1. Normaler Tagesrhythmus (angemessene Aufsteh- und Schlafenszeiten, normale Mahlzeiten, Wechsel von Arbeitszeit und Freizeit)
2. Trennung zwischen Arbeit, Freizeit und Wohnen (Wohn- und Arbeitsbereich sind räumlich voneinander getrennt, Freizeitaktivitäten werden in

Wohneinrichtungen nach draußen verlagert, Kontaktpersonen wechseln in den verschiedenen Bereichen)

3. Normaler Jahresrhythmus (jährlich wiederkehrende Ereignisse wie Feiern oder Urlaubsreisen)
  4. Normaler Lebensablauf (alle Angebote sind entsprechend des Alters der Klienten auszuwählen)
  5. Respektierung von Bedürfnissen (Wünsche und Entscheidungen des Menschen mit Behinderung sind zu berücksichtigen)
  6. Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern (Kontakte zwischen Männern und Frauen sind zu ermöglichen)
  7. Normaler wirtschaftlicher Standard
  8. Standards von Einrichtungen (Lage, Größe und Ausstattung der Einrichtung haben Standards zu entsprechen, die auch für Menschen ohne Behinderung angemessen sind)
- (vgl. Thimm 1994, 19f.)

Die praktische Umsetzung des Normalisierungsprinzips ist jedoch in Anstalten und psychiatrischen Großeinrichtungen kaum möglich. Eine mit dem Prozess der Verwirklichung einhergehende Deinstitutionalisierung, Dezentralisierung und Regionalisierung hatte die Schließung großer Anstalten zugunsten kleiner, offener und gemeindeintegrierter Wohnformen zur Folge (vgl. Gröschke 2007, 243).

Das Normalisierungsprinzip kann dabei als wichtiger Schritt für ein Leben in Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung angesehen werden. (vgl. ebd.). Dennoch stößt das Prinzip der Normalisierung an seine Grenzen, wenn man nach der Einbeziehung der zu unterstützenden Menschen fragt. Zwar wird durch die Prinzipien eine Analyse der jeweiligen kulturellen und sozialen Realität, welche die Menschen isoliert, erzwungen, es kommt jedoch zur Vernachlässigung des Aspekts, dass die Menschen mit Behinderung selbst als Reaktion auf ihre Erfahrungen Rechte und Selbstbestimmung einfordern könnten. (vgl. Häußler 1996, 51). „Normalisierung bleibt ein Angebot, das der Behinderte nur annehmen kann, sie erwächst nicht als Forderung Betroffener selbst aus deren Erfahrung von Behinderung“ (vgl. Rüggeberg 1985, 64, zit. n. Häußler 1996, 52;).

### 2.3.2 Empowerment

Ein weiteres Paradigma, welches in den letzten Jahren einen entscheidenden Beitrag zur Förderung der Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung beitrug, und die Behindertenarbeit maßgeblich beeinflusste, stellt das Empowerment-Konzept dar. Empowerment steht sinngemäß für Selbstermächtigung und Selbstbemächtigung, es verweist zusätzlich auf „...Selbstverfügungskräfte, Wiedergewinnung von Stärken, Selbstbefähigung und politische Einflussnahme.“ (Theunissen 2007b, 94). Es ist die Selbstbemächtigung, sein Leben autonom und selbstbestimmt zu gestalten (vgl. Herriger 2006, 13). Die Idee und der Begriff sind hauptsächlich aus den Bürgerrechtsbewegungen der afro-amerikanischen Bevölkerung vor 40 Jahren in den USA hervorgegangen (vgl. Theunissen 2007b, 94). Auch andere Bewegungen fanden eine Inspiration von der Idee des Konzepts: So wurde Empowerment auch von der Independent Living Bewegung körper- und sinnesbehinderter Menschen und der People First Bewegung von Eltern behinderter Kinder aufgegriffen (vgl. ebd.). Letztendlich wurde Empowerment vor 20 Jahren in den USA „...zum einem verheißungsvollem Leitkonzept für die psychosoziale Arbeit mit Menschen in gesellschaftlich marginaler Position“ (vgl. ebd.).

Von diesem Leitkonzept wurde der Grundgedanke für ein zielgruppenbezogenes Handlungskonzept für Menschen mit geistiger Behinderung weiterentwickelt (vgl. ebd.). Niehoff beschreibt dazu, dass das Leben dieser eingeschränkten Menschen von Hilflosigkeit und Hilfebedürftigkeit gekennzeichnet sei, welches auf ungünstige Lernprozesse zurückzuführen sei. Eine Umkehrbarkeit dieser Prozesse, bildet den Grundgedanken dieses Konzeptes (vgl. Niehoff 1999, 56).

Das Empowerment-Konzept stellt aber auch einen „... handlungsleitenden Rahmen für die Fachleute in der sozialen Arbeit...“ (ebd.) dar. „Im Rahmen von Empowerment, wird es zur Aufgabe der Professionellen, Prozesse zu initiieren und zu ermöglichen, die relativ hilflose Menschen in die Lage versetzen, ihre Lebensumstände weitestgehend selbst in die Hand zu nehmen“ (ebd.). Bezogen auf die Behindertenhilfe, bedeutet das für die Mitarbeiter in diesem Bereich, die Menschen soweit zu unterstützen und zu fördern, dass diese ihr Leben selbstständig gestalten können. Das kann etwa durch die Vermittlung von Kompetenzen im Bereich der Selbstorganisation oder Eigeninitiative geschehen

(vgl. ebd.). In der Konsequenz führt das zu einer Veränderung der Rolle der traditionellen Helfer in den Einrichtungen der Behindertenhilfe. Der Betreuer wird zum Begleiter, der die Menschen mit geistiger Behinderung dabei unterstützt, dass diese eigene Bedürfnisse artikulieren und befriedigen können. Der Begleiter erkennt an, dass der unterstützte Mensch seine Bedürfnisse und Wünsche selbst am besten kennt (vgl. Hähner 1999, 130). Dabei ist es das Ziel, Stärken und Potentiale des Einzelnen zu erkennen, diese zu fördern und schließlich zur (Wieder-) Herstellung der Handlungsfähigkeit zu nutzen (vgl. ebd., 129f).

Der Ansatz des Empowerment trifft heute als Wegweiser moderner Behindertenarbeit auf breiten Zuspruch (vgl. Theunissen 2007b, 94), auch gerade deshalb, weil es „... ein Gegenrezept gegen den Defizitblickwinkel“ (Herriger 2006, 72) darstellt. Dennoch ist es laut Theunissen (2007) wichtig, um Fehlentwicklungen in der Behindertenarbeit zu vermeiden, „...Empowerment von seiner ursprünglichen Bedeutung her zu buchstabieren und ... handlungspraktisch aufzubereiten“ (Theunissen 2007b, 94). Dann stellt es mit Sicherheit einen entscheidenden Beitrag zur Selbstbestimmung von Menschen mit (geistiger) Behinderung dar.

### **2.3.3 Inklusion**

Der ursprünglich aus dem angloamerikanischen Raum stammende Begriff der Inklusion, stößt auch hierzulande als zentraler Leitgedanke auf starkes Interesse (vgl. Theunissen 2007a, 171). Unter Inklusion versteht man in der Behindertenarbeit die „... Nicht-Aussonderung und gesellschaftliche (unmittelbare) Zugehörigkeit...“ (ebd.).

Inklusion grenzt sich zur Integration ab, welche sich als Zielkategorie definiert, und die Eingliederung (geistig) behinderter Menschen in die Gesellschaft, mit einer Koexistenz und damit grundsätzliche Unterschiede beider Gruppen impliziert (vgl. Hinz 2007, 174). Inklusion hingegen setzt die Lebenswelten wie Familie, Kindergarten, Schule, Stadtbezirke, Wohnsiedlungen und Arbeitsstätten so voraus, dass alle Menschen, egal ob mit oder ohne Behinderung sich in Ihnen zurecht finden, kommunizieren, interagieren und sich wohlfühlen können (vgl. Theunissen 2007a, 171; vgl. dazu auch Hinz 2002). Inklusion will nicht eine bloße räumliche Eingliederung („Input- Platzierung“), sondern versteht sich als Weiterentwicklung des Integrationsgedankens, mit dem Ziel die geistig behinderten Menschen unserer Gesellschaft als vollwertige Mitglieder unserer

Gesellschaft anzuerkennen. Dieses visionäre Ziel kann nur mit einer Sensibilisierung für soziale Verantwortung und einem hohem Maße an bürgerschaftlichen Engagement erreicht werden (vgl. ebd.). Dieser zentrale Leitgedanke gilt insbesondere für die Behindertenarbeit, die den Menschen mit einer geistigen Behinderung das notwendige Maß an Unterstützung anbieten sollte, um eine Teilhabe im gesellschaftlichen Kontext sowie in ihrer gewohnten Lebensumgebung zu gewährleisten (vgl. Theunissen 2007a, 171). Teilhabe meint hier nicht nur das passive „Dabei- sein“ oder eine Teilnahme. Sie bringt grundsätzlich die Gestaltung von Lebensumständen mit sich, und sie ist mittlerweile auch im Sozialgesetzbuch IX verankert. Dort werden gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung als grundlegende Ziele im Zusammenleben mit behinderten Menschen gesehen (vgl. Niehoff 2007, 339). Niehoff stellt fest, dass volle gesellschaftliche Teilhabe weitestgehend identisch mit Inklusion ist. Er beschreibt den Begriff der Teilhabe als Teilmenge der Inklusion, die realisiert ist, wenn die behinderten Menschen alle gesellschaftlichen Systeme nutzen könnten und auch nicht mehr auf gesonderte Systeme, wie z.B. spezielle Wohnstätten für Menschen mit Behinderung angewiesen wären (vgl. ebd.).

Dennoch verweist Theunissen darauf, dass die praktische Umsetzung der gesamten Idee in Deutschland nur schleppend voran geht und das, obwohl dieser positive Leitgedanke in den nordeuropäischen und nordamerikanischen Staaten praktisch schon umgesetzt wird (vgl. Theunissen 2006, 66). Trotz Bestrebungen von Vereinen, Stiftungen und Interessengruppen, dezentrale gemeindenahe Wohnformen mit einer ambulanten Betreuung zu favorisieren, scheint es hier einen gegenläufigen Trend zu geben. Wohneinrichtungen mit hohem Pflegebedarf für Menschen mit einer geistigen Behinderung werden wieder in reine Pflegeheime verwandelt. Menschen mit psychischen Störungen und Mehrfachbehinderungen will man wieder in Langzeiteinrichtungen unterbringen (vgl. ebd.).

Gerade diese Aussage von Theunissen macht in Bezug auf die Fragestellung der Arbeit besonders nachdenklich, weshalb sie in einem späteren Kapitel dieser Arbeit noch einmal aufgegriffen werden soll. Gleichzeitig deuten die angeführten Feststellungen darauf hin, dass die Entwicklung von Ideen und Konzepten, die Menschen mit Behinderungen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen sollen, noch lange nicht abgeschlossen sind. Bis zur vollständigen Etablierung dieser Konzepte werden wohl noch Jahre vergehen. Die Notwendigkeit dieser steht

jedoch außer Frage, da sie einen entscheidenden Beitrag zur Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens von Menschen mit geistiger Behinderung zu leisten vermögen.

André Tunger

### **3 Alte Menschen mit geistiger Behinderung**

Die Menschen in Deutschland werden älter: „Die Zahl der 65-jährigen und Älteren wird sich von insgesamt 13 Mio. auf rund 26 Mio. im Jahre 2050 verdoppeln“ (Schulz, Koenig & Leidl 2000, zit. n. Driller, Pfaff 2006, 32). Zusätzlich wird bis zum Jahr 2050 die absolute Bevölkerungszahl ohne massive Zuwanderung von derzeit rund 82 Millionen auf etwa 68 Millionen schrumpfen (vgl. Statistisches Bundesamt 2001a, zit. n. Driller, Pfaff 2006, 27). Dieser demographische Wandlungsprozess wird auch den Freistaat Sachsen verändern, welcher jetzt schon die älteste Bevölkerung Deutschlands zu verzeichnen hat (vgl. Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, 5). Die zirka 450.000 in Deutschland lebenden Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Bundesverband der Lebenshilfe 2012) sind selbstverständlich von diesem Trend auch nicht ausgenommen. Der Anteil der älteren Menschen mit Behinderung wird in den kommenden Jahren deutlich zunehmen (vgl. Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, 12). In absehbarer Zeit wird der „alt gewordene Mensch mit Behinderung, über den wir in Deutschland recht wenig wissen“ (Krueger 2006, 7), einen zunehmend wichtigen Stellenwert in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung einnehmen. Rund 18 % der Wohneinrichtungen für geistig behinderte Menschen sehen sich nach dem Ausscheiden ihrer Bewohner aus der Werkstatt für behinderte Menschen nicht in der Lage, diese Menschen dort weiter zu betreuen. Weiterhin sehen 47,8 % der Einrichtungen einen konzeptionellen und strukturellen Veränderungsbedarf hinsichtlich des Betreuungsbedarfes dieser Menschen (vgl. Triller, Pfaff 2006, 99).

Diese Aussage lässt darauf schließen, dass sich Einrichtungen der Behindertenhilfe kurzfristig und verstärkt mit dieser Personengruppe auseinandersetzen müssen, um sich auf die veränderten demografischen Entwicklungen, die sich im Bereich der Behindertenhilfe abzeichnen, einstellen zu können.

#### **3.1 Sozial- demografische Entwicklungen und Lebenserwartungen**

Die Fachwelt hatte in den letzten Jahrzehnten wenig Anlass sich mit der der Thematik „alternde Menschen mit geistiger Behinderung“ auseinander zu setzen, da diese Personengruppe bedingt durch das nationalsozialistische



„Euthanasieprogramm“ zwischen 1939 und 1945 in Deutschland praktisch nicht vorhanden war. „Im nationalsozialistischen Deutschland wurden geistig behinderte und psychisch kranke Menschen als ‚lebensunwerte Ballastexistenzen‘ eingestuft und ermordet“ (Havemann und Stöppler 2004, 20, zit. n. Driller, Pfaff 2006, 47). Das führte zu einer atypischen Alterspyramide Menschen mit einer Behinderung. Der Altersschnitt in Behinderteneinrichtungen ist in Deutschland sehr viel jünger als in anderen europäischen Staaten. (vgl. Havemann 1997, zit. n. Driller, Pfaff 2006, 47). 2006 spricht Driller von rund 8%, die älter als 65 Jahre sind. (Wacker 2001, zit. n. Driller, Pfaff 2006, 47). Doch die schon seit längerer Zeit prognostizierte Zunahme der älteren Menschen mit Behinderung wird auch im Freistaat Sachsen immer mehr zur Realität. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales prognostizierte dazu in ihrem 4. Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung im Freistaat Sachsen eine Zunahme der 65jährigen bis zum Jahre 2020:

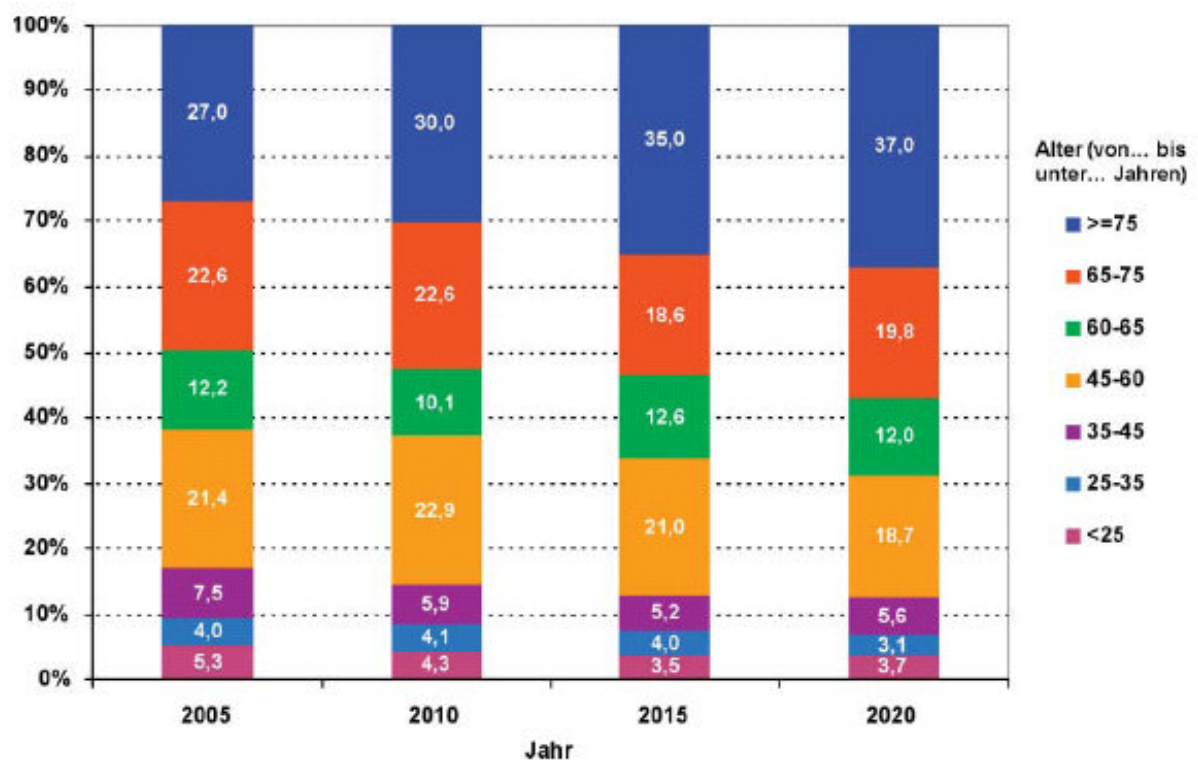


Abbildung 2: Vorrauschätzung der Altersstruktur schwerbehinderter Menschen in Sachsen (vgl. Staatsministerium für Soziales, 2009, 40).

Betrachtet man dazu die Entwicklung der Menschen mit einer geistigen Behinderung separat, wird auch hier deutlich das die älteren Menschen mit Behinderung, die eine Werkstatt besuchen und die das Rentenalter erreichen, bis

zum Jahr 2017 drastisch ansteigen (Abbildung 2). Die Altersstruktur der stationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderung bestätigen diesen Trend deutlich (Abbildung 3):

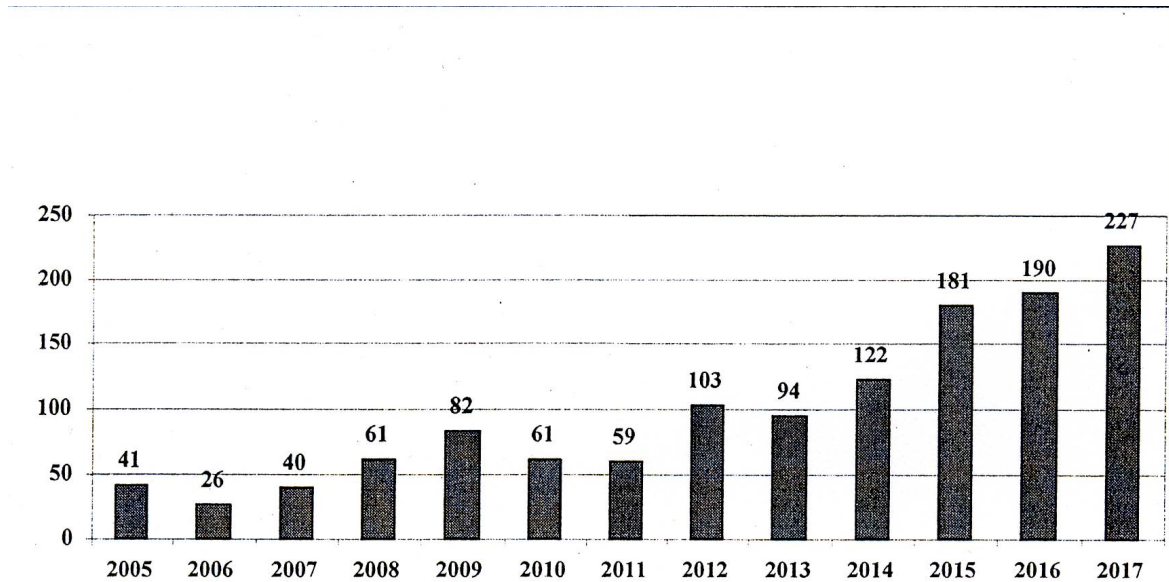


Abbildung 3: Anzahl der Werkstattbeschäftigten im Freistaat Sachsen, die bis zum Jahr 2017 das Rentenalter erreichen. Prognose auf Basis der Belegung im Arbeitsbereich, Stand 31.12.2004, (Quelle: KSV Sachsen)

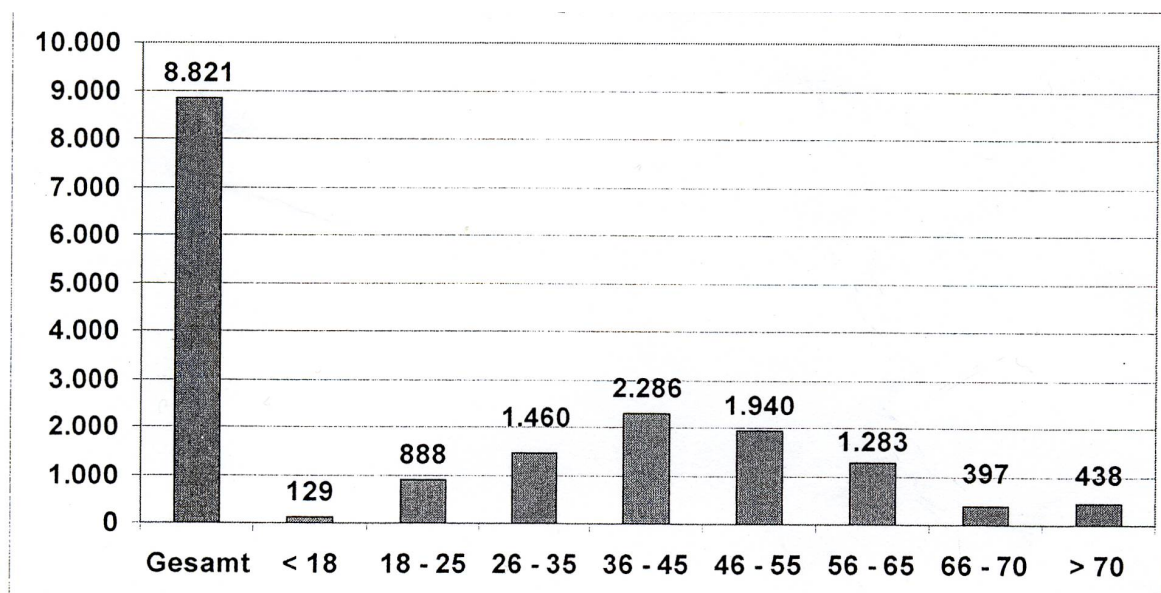


Abbildung 4: Altersstruktur in stationären Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung (WH; AWG; WPH nach SGB XI, Stand 31.12.2002) Anzahl der Leistungsberechtigten (Quelle: KSV Sachsen)

„Man muss...damit rechnen, dass bald mehr als 30% der in Wohneinrichtungen lebenden Menschen und dabei überwiegend Frauen, älter als 55 Jahre sind“ (Neuhäuser & Steinhausen 2002, 17, zit. n. Schulz- Nieswandt 2006, 148). Diese veränderte Altersstruktur ist vor allem als ein Resultat der gestiegenen Lebenserwartung zu betrachten. Ein Rentner hat heute rund ein Viertel seines Lebens noch vor sich. Dies ist mittlerweile auch für Menschen mit einer geistigen Behinderung zur Realität geworden. Dabei kann von einer Angleichung der Altersstruktur zwischen Menschen mit und ohne Behinderung ausgegangen werden. (Wacker 2001, zit. n. Driller, Pfaff 2006, 43). Die Lebenserwartung von Personen mit leichter und mittlerer Behinderung unterscheidet sich kaum mehr von der nicht behinderter Personen (Havemann und Stöppler 2004, zit. n. Driller, Pfaff 2006, 44).

Durch die faktisch bisher wenig vorhandenen alten Menschen mit Behinderung, gab und gibt es in Deutschland nur wenige aussagekräftige Studien zur Lebenserwartung dieses Personenkreises. Ergebnisse einer Untersuchung 1997 im Staat New York konnten jedoch empirisch belegen, dass die Lebenserwartung geistig behinderter Menschen nur um 5 Jahre geringer war als die der Normalbevölkerung. Niederländische Studien zeigen, dass Menschen mit dem Down- Syndrom (Trisomie 21) rund 15 Jahre früher sterben als Menschen ohne eine solche Behinderung (Driller, Pfaff 2006, 45). Doch gerade die Lebenserwartung der Menschen mit Trisomie 21 stieg prozentual am meisten. 1920 betrug das erreichte Lebensalter mit Down- Syndrom rund 2-3 Jahre (Driller, Pfaff 2006, 46). „...Inzwischen erreichen Menschen mit Down- Syndrom in großer Anzahl ein hohes Lebensalter von über 60 Jahren“ (Havemann & Stöppler 2004, 21, zit. n. Driller, Pfaff 2006, 48).

Als Grund für die steigende Lebenserwartung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung kann man, ebenso wie in der Normalbevölkerung, vor allem die Verringerung der Säuglings- und Kindersterblichkeit verantwortlich machen (Driller, Pfaff 2006, 46). Ein anderer Grund für die immer höhere Lebenserwartung sind wachsende Lebensstandards und eine verbesserte medizinische Versorgung. Europäische Staaten wie die Niederlande, Schweden, Dänemark oder Finnland die nicht, wie Deutschland, historisch bedingte Einschnitte in die Altersstruktur der Bevölkerung zu verzeichnen hatten, können heute schon eine hohe Anzahl 65jähriger in ihren Wohnstätten zählen (Driller, Pfaff 2006, 45f.). Einschränkend

muss jedoch festgestellt werden, dass diese Annahmen nicht generell für Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung gelten, aber auch diese gewinnen mittlerweile zusätzliche Lebensjahre (Maaskant et al 2002, 200, zit. n. Driller, Pfaff 2006, 44). Zusammenfassend kann man feststellen: Eine in der Bevölkerung kaum bekannte Tatsache wird nach und nach in Deutschland Realität. Menschen mit einer geistigen Behinderung, werden genau so wie ihre nichtbehinderten Altersgenossen älter, und das in großer Zahl.

### **3.2 Kompetenzen von älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung**

Untersucht man ein selbstbestimmtes Leben von älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung, so liegt es sehr nahe, sich mit ihren Kompetenzen auseinanderzusetzen, denn aus diesen lassen sich viele Aspekte definieren, die ein ebensolches beeinflussen. Kompetenzen beschreiben „die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zur Erhaltung oder Wiederherstellung eines *selbstständigen, selbstverantwortlichen und sinnerfüllten Lebens* in einer anregenden, unterstützenden, zur selbstverantwortlichen Auseinandersetzung mit Anforderungen motivierenden sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Umwelt.“ (Kruse, 2001a, zit. n. Kruse 2006, 119). Bei einer genaueren Betrachtung theoretischer Grundlagen der Altenforschung wird schnell klar, dass man heute alte Menschen grundsätzlich nicht nach ihren Defiziten, sondern nach ihren Kompetenzen beurteilt. Diesem „Konzeptwechsel“ begegnet man nunmehr auch in der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, in der man geistig behinderte Menschen als „kompetente Personen“ ansieht (vgl. Theunissen 2002, 38). Kompetenzen bestimmen sich dabei nicht nur nach Personenpotentialen, sondern sie sind ein Zusammenspiel zwischen situativen Anforderungen an eine Person sowie deren Bedürfnisse und den verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung (vgl. ebd.). Gerade in Bezug auf Menschen mit einer geistigen Behinderung in Institutionen ist es wichtig einen Blick auf die Umweltfaktoren bzw. Lebenswelten zu werfen. Versteht es eine Wohnstätte nicht, genug Anreize für ein selbstbestimmtes, selbsttätiges und selbstverantwortliches Verhalten zu geben, ist es möglich, dass es zu einer „erlernten Bedürfnislosigkeit bzw. Hilflosigkeit“ kommt (vgl. Theunissen 2002, 39). In solch einem Fall bleiben Betroffene weit hinter ihren Möglichkeiten, die sie auf dem Hintergrund ihrer Potentiale und Kompetenzen tatsächlich leisten können zurück (vgl. ebd.). Deshalb ist es für die älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung enorm wichtig, dass sich die

Mitarbeiter der Behindertenhilfe mit der Motivlage der Betroffenen, das heißt der Bereitschaft Ziele zu definieren und sich mit diesen auseinanderzusetzen, beschäftigen, um diese zu motivieren. Nur mit einem anregenden Charakter von Förderkonzepten und Bildungsangeboten der Unterstützung wird Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und ein sinnerfülltes Leben erst möglich (vgl. Kruse 2006, 119-121). Zudem scheint eine autonome und kompetente Lebensbewältigung und Lebensverwirklichung auf sehr unterschiedlichen Ebenen möglich zu sein. Die Differenzierung verschiedener relevanter Formen von Kompetenzen nach Olbrich 1992 ermöglicht zusätzlich weitere wichtige Anknüpfungspunkte für eine Unterstützung und Förderung der Betroffenen (Theunissen 2002, 41): Sensomotorische Kompetenz, kognitive Kompetenz, Alltagskompetenz, soziale Kompetenz, Appraisal-Kompetenz, Bewältigungskompetenz und die körperliche Kompetenz. Ergänzend definieren die Merkmale eines erfolgreichen Alterns von Baltes und Baltes 1990 ebenfalls wichtige Anhaltspunkte für die Kompetenz und Lebensqualität bei einer Behinderung im Alter, von der sich jetzige und zukünftige Aufgaben der Behindertenhilfe ableiten lassen:

- Lebensdauer
- positiver psychischer Status
- gute allgemeine Gesundheit
- erhaltende kognitive Kompetenz
- Kontrolle über das eigene Leben und die zu verfolgenden Ziele
- erhaltende soziale Kompetenz und fortdauerndes, produktives Engagement
- hohe subjektive Zufriedenheit mit dem eigenen Leben

(vgl. Kruse 2006, S. 136)

In Bezug auf die Kompetenz von älteren Menschen mit geistiger Behinderung, ist hierbei festzustellen, dass sie in hohem Maße vom Schweregrad der Behinderung abhängt. „...der Grad der geistigen Behinderung ist ein bedeutsamer Einflussfaktor“ (Cooper 1998, zit. n. Kruse 2006, 123). Die Anregungen und Förderungen die Menschen mit einer geistigen Behinderung im Laufe ihres Lebens erfahren haben und aktuell erfahren, beeinflussen die Kompetenzen entscheidend. Fehlen einem Menschen mit einer geistigen Behinderung Anregung oder systematisches

Training, so können in ihrem Leben erlernte Fähigkeiten und Fertigkeiten schnell verloren gehen (vgl. Kruse 2006, 123). Der Alterungsprozess selbst verläuft nicht anders als bei Menschen ohne Behinderung. Der Kreativität sind im Alter kaum Grenzen gesetzt, Gefühle für Selbst- und Mitverantwortung sind gleichfalls wie bei ihren nicht behinderten Altersgenossen ausgeprägt (vgl. ebd.). Werden Menschen mit einer geistigen Behinderung alt, nehmen besonders körperliche Ermüdung und Erschöpfung zu. Es kommt zu einer Antriebsverringerng. Die Gefahr von Demenz ist bei einigen Behinderungsbildern (Trisomie 21) erhöht. Auch hier sollte durch Training von Alltagskompetenzen versucht werden, Fähigkeiten so lange wie möglich zu erhalten (vgl. ebd.).

### **3.3 Möglichkeiten der Förderung von Kompetenz und Lebensqualität**

Die bisherigen Betrachtungen zu Kompetenzen konzentrieren sich auf die Fähigkeiten des alten Menschen, stellen ihn aber auch in Kontext zu seiner gegebenen räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt. Hieraus, aber vor allem aus den beschriebenen Kompetenzen alter Menschen mit geistiger Behinderung lassen sich unterschiedliche Fördermöglichkeiten und Ansätze für die Behindertenarbeit ableiten. Für diese Herausforderung formulieren Driller und Pfaff hierzu treffend drei Hauptschwerpunkte:

- (1) Altersspezifische Wohnangebote müssen geschaffen und an die Bedürfnisse der neuen Klientel angepasst werden
- (2) Die Kompetenzen der Bewohner und deren Selbstständigkeit fördern  
(im Lebenslauf entwickelte Fähigkeiten und Fertigkeiten gehen rasch verloren, Erhaltung und Entwicklung dieser ist unbedingt notwendig, die Erhaltung der Selbstständigkeit sichert eine hohe subjektive Zufriedenheit mit dem eigenen Leben)
- (3) Der Übergang zwischen Berufstätigkeit und Ruhestand ist abzumildern  
(vgl. Driller, Pfaff 2006, 102)

Die Wohnangebote der Einrichtungen der Behindertenhilfe scheinen immer noch nicht konsequent auf ältere Menschen spezialisiert oder eingerichtet zu sein. Zukünftig wird es daher nötig sein, zentrale Anforderungen an Kompetenz fördernde Konzepte zu erweitern, welche eine Arbeit mit einer starken

Kompetenzorientierung zum Mittelpunkt und zur Voraussetzung macht. Es sollte angestrebt werden, Interessen und Fähigkeiten aus früheren Jahren der älteren Menschen zu erhalten. Bei Fördermaßnahmen sollte an frühere Aktivitäten nahtlos angeknüpft werden. Möglichkeiten des körperlichen, geistigen und alltagspraktischen Trainings sollten allumfänglich gegeben sein (vgl. Kruse 2006, 130- 131).

Die Möglichkeiten zur Partizipation sollten erweitert und ausgebaut werden. Dem Wunsch und Wahlrecht kommt hier eine große Bedeutung zu. Hier wird es wichtig, auf Beratung wert zu legen und eine Flexibilisierung der Angebote zu forcieren (vgl. Kruse 2006, 131). Die Erschließung sozialer und kultureller Teilhabe wird zur dringenden Notwendigkeit. Im Falle von Funktionseinbußen muss unbedingt versucht werden, die Selbständigkeit und Selbstverantwortung so weit wie möglich zu erhalten. Selbstverständlich sollten dabei die Prinzipien der Eingliederungshilfe für ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung die Grundlage bilden, um diesen vielfältigen Anforderungen entsprechen zu können. Das verlangt nach Konzepten, die von der Annahme ausgehen, dass Bildung und Förderung über den gesamten Lebenslauf hinweg bestehen muss (vgl. Kruse 2006, 140). Formen der Förderung, der Unterstützung und der Assistenz haben dabei das Ziel der Individualisierung.

Eine nicht zu unterschätzende Phase ist bei Menschen mit einer Einschränkung der Übergang von einer Beschäftigung (WfbM- Tätigkeit) in den Ruhestand. Es herrscht oft eine große Verunsicherung nach dem Ausscheiden aus der Werkstatt. Es stellt sich dem neuen Ruheständler die Frage, wie er in Zukunft Kontakte findet bzw. diese pflegt und welche sinnvollen Tätigkeiten nun seinen Tagesablauf bestimmen werden. Auch die Frage nach sozialer Anerkennung gewinnt in dieser Phase an Bedeutung. Durch ein ausreichendes Maß an Tagesstrukturierung mit kompetenzfördernden und erhaltenden Maßnahmen sollte der neu gewonnenen Freizeit Sinn gegeben werden. Der ältere Mensch sollte so gut wie möglich unterstützt werden (vgl. Kruse 2006, 131). Wenn es möglich ist, sollte der Übergang zwischen beruflicher Tätigkeit in der Werkstatt und Ruhestand gleitend erfolgen. Soziale Kontakte zur ehemaligen Wirkungsstätte sind dabei nach Möglichkeit zu erhalten. So kann man auch der Gefahr der Vereinsamung beim Einzelwohnen wirksam entgegenwirken.

Noch spezieller und differenzierter formuliert Theunissen vier Schwerpunkte einer ganzheitlich organisierten Alltagsbegleitung im Rahmen des institutionellen Wohnens:

*1. Pflege- und Grundversorgung:*

Es ist ein Grundsatz, jeden Menschen in seiner Selbstversorgung soviel tun zu lassen (aktivierende Pflege), wie er noch selbst in der Lage ist, Unterforderungsmomente sind zu meiden. Das verhindert frühzeitiges Altern und ermöglicht würdevolles und sinnerfülltes Altern. Trotzdem muss die Grundversorgung und Behandlungspflege gewährleistet sein.

*2. Alltags- und Freizeitgestaltung:*

Es ist wichtig, sinnstiftende, anregende und sinnerfüllte Alltags- und Freizeitgestaltung zu schaffen (z.B. hauswirtschaftlicher Bereich, Angebote einer ästhetischen Kulturbestätigung (bildnerisches Gestalten, Handarbeiten, Basteln, Tanz, Theater, Musik), körperliche Aktivierung (Sport, Mobilitätstraining), Halten von Haustieren, Pflanzenpflege, Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen, Partizipation an Öffentlichkeit und gesellschaftliche Aktivitäten). Auch schön gestaltete Mahlzeiten können Höhepunkte sein und führen zu psychischem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit.

*3. Biographisches Arbeiten:*

Biographiearbeit ermöglicht einen verstehenden Zugang zu alten Menschen, eine Lebensbilanzierung, einen Blick in die Gegenwart und eine Zukunftsplanung.

*4. Psychosoziale Lebenshilfe und Begleitung beim Sterbe:*

Ein Persönlichkeitsbildendes Angebot ist dabei von zentraler Bedeutung. Es bezieht sich auf Hilfen bei psychischen oder sozialen Belastungen und fokussiert die Unterstützung bei Trauerarbeit. Es ist eine begleitende Vorbereitung auf den eigenen Tod.

(vgl. Theunissen 2002, 106)

Ergänzend formuliert Theunissen Tagesstrukturierende Angebote, eine zeitliche Tagesstrukturierung, Lebensmilieu und Methoden wie z.B. die reaktivierende Pflege und Übergangspflege als weitere wichtige Aspekte der wohngruppenbezogenen Alltagsbegleitung. Tagesstrukturierende Angebote sollten sich dabei mit einer Auswahl an Angeboten nach den Interessen und



Stärken der Menschen richten und nicht nach geforderten Normen. Da viele ältere geistig Behinderte Menschen keine Angehörigen mehr haben, müssen Angebote der Freizeitgestaltung vom Personal übernommen werden. Um zusätzlichen Finanzbedarf abzufedern und Kontakt zu Außenwelt zu schaffen, bietet es sich dabei an, Ausschau nach ehrenamtlichen Helfen zu halten.

Immer wiederkehrende zeitliche Abläufe im Alltag geben das Gefühl von Verlässlichkeit und Sicherheit. Trotzdem sollte eine individuelle Tagesstruktur möglich sein (Mittagsschlaf, spätes Aufstehen etc.). Lebensmilieus, die sich durch eine Krankenhausatmosphäre auszeichnen, sollten vermieden werden. Häusliches Wohnen mit kleinen überschaubaren Wohngruppen, Einzelzimmer, eine eigene Gestaltung dieser, Intimität und Privatsphäre fördern in erheblichen Maße die Lebenszufriedenheit (vgl. Theunissen 2002, 108-109).

In der Betrachtung eines selbstbestimmten Lebens von Menschen mit einer geistigen Behinderung unter Berücksichtigung des Normalisierungsprinzips bis hin zur Inklusion, wird deutlich, dass eine Selbstbestimmung im Alter nicht ohne Berücksichtigung, und vor allem nicht ohne den Erhalt und die Förderung von Kompetenzen möglich ist. Komponenten wie Selbständigkeit, Selbstverantwortung und ein sinnerfülltes Leben sind Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter. Deshalb werden sich Wohnformen und auch Einrichtungen daran messen lassen müssen, ob sie die skizzierten Rahmenbedingungen gewährleisten können. Denn nur wenn diese ausreichende Beachtung in der Umsetzung von Begleitung und Unterstützung erfahren und die älteren Menschen genug Förderung und auch Anregung erhalten, ist die Voraussetzung gegeben, dass diese ein Leben in Selbstbestimmung auch in ihrem letzten Lebensabschnitt erleben dürfen.

André Tunger

## **4 Wohnen für alte Menschen mit geistiger Behinderung**

### **4.1 Der Begriff Wohnen**

„Wohnen ist ein Ort, an dem sich der Mensch zu Hause, heimisch und zugehörig fühlen möchte, der Sicherheit, Schutz, Beständigkeit, Vertrautheit, Wärme und Geborgenheit vermitteln soll und der sozialen Kommunikation, Zusammenleben, Wohlbefinden, Selbstbestimmung, Selbstverwirklichung, Lebenszufriedenheit und Lebensglück ermöglichen kann“ (Andritzky-Selle 1987, 106). Diese Momente gelten uneingeschränkt für alle Menschen mit oder ohne Behinderung“ (Theunissen 2010, 59). Das bedeutet, dass die Wohnung eines Menschen eine zentrale Bedeutung für das Leben in der Gesellschaft und das persönliche Wohlbefinden hat. Wohnen ist verbunden mit Privatheit und Intimsphäre. Theunissen konstatiert dazu, dass „Befragungen zufolge...Erwachsene mit Lernschwierigkeiten und mehrfacher Behinderung die gleichen Wohnbedürfnisse wie andere Menschen...“ haben (ebd.). Durch die Unterstützung und Hilfe, die diese Menschen erleben, wird in ihrem unmittelbaren Umfeld vieles an sie herangetragen. Dennoch richten sich ihre Bedürfnisse nicht daran aus, „...sondern sie entwickeln und artikulieren gleichwohl eigene Vorstellungen und Zukunftsvisionen“ (ebd.). Der Wunsch nach weitestgehender Autonomie, Geborgenheit und eine aktive, eigenverantwortliche Einflussnahme auf die Lebensgestaltung führen am ehesten zur Lebenszufriedenheit (vgl. ebd.).

Den Wohnumständen von Menschen mit oder ohne Behinderung kommt die Aufgabe zu, die Bedürfnisse nach Vertrautheit, Schutz, Sicherheit, Beständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstdarstellung, sowie Rückzugsmöglichkeiten zu befriedigen. Für Menschen mit Behinderung ist die Realisierung der Wohnbedürfnisse eine anspruchsvolle Aufgabe, da die Menschen individuellen Unterstützungsbedarf benötigen, um einerseits die Hilfe zu erhalten, die sie brauchen und andererseits ihre Lern- und Entwicklungsfähigkeit nicht einzuschränken. Im folgenden Kapitel werden die Anforderungen, Voraussetzungen und Bedingungen an das selbstständige Wohnen alter Menschen mit geistiger Behinderung näher betrachtet.

## 4.2 Anforderungen an das Wohnen alter Menschen

Wie wir im Abschnitt 4.1 feststellen konnten, haben Menschen mit geistiger Behinderung ebenso wie Menschen ohne geistige Behinderung im Alter das Bestreben, ihren Lebensalltag weithin selbstbestimmt zu gestalten. „Der Bereich des Wohnens von Menschen mit Behinderung hat...in den letzten Jahrzehnten umfassende Veränderungen erfahren“ (Schirbort 2007, 379). Es entstand „ein differenziertes Angebot unterschiedlicher Wohnformen und -konzepte“ (ebd.). Der Blick auf die aktuelle Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland zeigt dennoch ein „weitestgehend institutionell ausgerichtetes“ Wohnangebot (ebd.). Kerstin Schirbort konstatiert hierzu, dass in Deutschland „ca. 70% der Menschen mit geistiger Behinderung ein Wohnangebot der Behindertenhilfe in Anspruch nehmen“ und „in Wohneinrichtungen mit mehr als 40 Plätzen“ wohnen (vgl. Theunissen 2006, 42, zit. nach Schirbort 2007, 379). Nur 10 % nutzen ambulante Wohnangebote (ebd.). „Die beschriebene Situation steht den Wünschen der Betroffenen nach einer selbstbestimmten Lebensführung in selbst gewählten Wohnformen konträr gegenüber“ (Schirbort 2007, 379). Daraus ergeben sich Forderungen zur Veränderung der Situation:

- mehr Wunsch- und Wahlmöglichkeiten durch Erweiterung und Öffnung der Dienstleistungsangebote
- Möglichkeiten zur Selbstbestimmung durch finanzielle Mittel
- verändertes Selbstverständnis der Mitarbeiter
- Unterstützungsplanung durch persönliche Zukunftsplanung

(vgl. Schirbort 2007, 380).

Aus diesen Forderungen können Anforderungen an das Wohnen alter Menschen mit geistiger Behinderung abgeleitet werden, die von der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. Marburg wie folgt beschrieben werden. Die Menschen sollen als Handelnde auftreten, mit der Möglichkeit individuelle Ziele zu verfolgen, ihre Umwelt aktiv auswählen, nutzen und verändern können. Alte Menschen mit geistiger Behinderung, insbesondere mit hohem Hilfebedarf, sind in enger Abstimmung mit einer Unterstützungsperson, von deren verantwortungsvoller Haltung abhängig. Hier ist ein professionelles Selbstverständnis der Mitarbeiter im Dialog mit dem alten Menschen mit geistiger

Behinderung zur Verwirklichung dessen Pläne, Ziele und eigenen Lebensvorstellungen notwendig. Durch eine Vielzahl von finanziellen Leistungen für alte Menschen mit geistiger Behinderung aus den Sozialgesetzbüchern (SGB) V, VI, IX, XI und XII resultieren zahlreiche Schnittstellenprobleme. Folgende Punkte bieten eine Orientierung für die Anforderungen an die Lebens- und Wohnqualität alter Menschen mit geistiger Behinderung:

1. „Jede Form der Begleitung und Unterstützung orientiert sich grundsätzlich daran, ob sie der Sicherung der *Lebensqualität* und größtmöglichen *Zufriedenheit* der Menschen mit geistiger Behinderung im Alter dient. Lebensqualität und Zufriedenheit unterliegen immer der subjektiven Wahrnehmung.  
Daraus leitet sich zwingend die Notwendigkeit ab, alle Angebote auf die ganz individuellen Wünsche und Bedürfnisse abzustellen.
2. Bei der Wahl der Wohnform muss das *Wunsch- und Wahlrecht* der Leistungsberechtigten erste Priorität haben.
3. Die von den Betroffenen gewollte und fachlich unterstützte Selbstbestimmung findet ihre Entsprechung in der gesetzlichen Vorgabe der *Teilhabe* am Leben in der Gemeinschaft.
4. Menschen mit geistiger Behinderung im Alter brauchen *pflegerische* Unterstützung und Begleitung, die unter dem Dach der *Eingliederungshilfe* zu leisten sind“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008, 6-7).

Selbstbestimmung und Teilhabe alter Menschen mit geistiger Behinderung sind Voraussetzung für die Gestaltung von Lebensumständen. „Gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung werden im SGB IX als grundlegende Ziele im Zusammenleben mit behinderten Menschen gesehen“ (Niehoff 2007, 339). Für den Bereich des Wohnens (und nicht nur hier) bedeutet das „...nicht nur das vergleichsweise passive „Dabei sein“, sondern eine aktive Einflussnahme auf die eigenen Lebensumstände (ebd.). Der Anspruch auf „persönliche Teilnahme am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung (SGB IX) soll „...die normative Leitidee einer Normalisierung der Lebensverhältnisse für Menschen, die von Diskriminierung und sozialer Benachteiligung betroffen sind,...einlösen helfen“ (Göschke 2007, 243).

Um den Anforderungen an das Wohnen alter Menschen mit geistiger Behinderung gerecht zu werden, muss neben dem Anspruch auf Teilhabe und Selbstbestimmung die Verknüpfung mit den anderen „zentralen Handlungsprinzipien“ der Behindertenhilfe, dem Normalisierungsprinzip, der Integration, dem Empowerment und der Inklusion, hergestellt werden (ebd.).

#### **4.3 Voraussetzungen und Bedingungen an das Wohnen**

In den beiden vorangegangenen Kapiteln wurde herausgearbeitet, dass das Wohnen einen hohen Stellenwert für das individuelle Wohlbefinden eines Menschen im Kontext mit der Lebensqualität hat. „Lebensqualität wird als Konstellation von objektiven Lebensbedingungen und Komponenten des subjektiven Wohlbefindens“ definiert (Seifert 2007, 205). Die Wohnverhältnisse lassen sich bei den objektiven Lebensbedingungen einordnen. „Die objektive Einschätzung der Lebensbedingungen orientiert sich an den Rechten von Menschen mit Behinderung sowie den Leitideen und Standards der Behindertenhilfe. Gradmesser der subjektiven Einschätzung ist die persönliche Zufriedenheit unter den jeweils gegebenen Bedingungen“ (ebd.). „In der internationalen Lebensqualität-Forschung besteht Konsens darüber, dass acht *Kernbereiche* von zentraler Bedeutung sind: emotionales Wohlbefinden, zwischenmenschliche Beziehungen, materielles Wohlbefinden, persönliche Entwicklung, körperliches Wohlbefinden, Selbstbestimmung, soziale Inklusion, Rechte“ (Schalock 1996, zit. nach Seifert 2007, 206). Vor diesem Hintergrund benötigen alte Menschen mit geistiger Behinderung ganz individuelle Angebote, abgestimmt auf ihre Bedürfnisse und Art und schwere ihrer Einschränkung als Voraussetzungen „...für die Umsetzung der im SGB IX sozialrechtlich verankerten Leitkonzeptionen der Rehabilitation, Selbstbestimmung und gesellschaftlichen Teilhabe (i.S. von Inklusion)“ (Seifert 2007, 206)

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe führt in einer erarbeiteten Orientierungs- und Entscheidungshilfe für die Begleitung älter werdender und alter Menschen mit Behinderung folgendes aus: „Ein differenziertes Widerspiegeln und Hinterfragen örtlicher Dienstleistungs- und Leistungsangebote für älter werdende und alte Menschen mit geistiger Behinderung anhand aktueller Paradigmen der Behindertenhilfe macht letztendlich nur Sinn, wenn die sozialrechtlichen Grundlagen einbezogen werden. Fundierte konzeptionelle Aussagen helfen bei

der Forderung nach Verbesserung gesetzlicher Rahmenbedingungen; umgekehrt ist schriftlich fixiertes Recht Grundlage für eine Umsetzung fundierter Fachkonzepte“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008, 8). Ein Blick auf die sozialrechtlichen Grundlagen als Voraussetzung für das selbstbestimmte Wohnen alter Menschen mit geistiger Behinderung scheint daher sinnvoll. Bei der Eingliederungshilfe stehen den Menschen Sozialhilfeleistungen aus den §§ 53 ff. SGB XII zur Verfügung. Neben den „rehabilitativen und sozialen, auf die Eingliederung in die Gesellschaft zielenden Leistungen“, benötigen alte Menschen mit geistiger Behinderung auch pflegerische Hilfe (ebd.). Zum einen bestehen Ansprüche gegenüber den Sozialhilfeträgern, zum anderen gegenüber den Pflegekassen. Diese Leistungen stehen „gleichwertig“ nebeneinander. Hier wird zurzeit im Rahmen der Reform des Pflegeversicherungsrechts „ein neuer teilhabeorientierter Pflegebedürftigkeitsbegriff“ erarbeitet, der „voraussichtlich zu neuen inhaltlichen Abgrenzungsfragen“ führt (Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, 19). Neben einem Bedarf an Leistungen der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe) kann für den Menschen mit Behinderung ein zusätzlicher Bedarf an Leistungen aus der Krankenversicherung bestehen (vgl. ebd.). Das Wunsch- und Wahlrecht entsprechend §9 SGB IX gibt bei der Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe den Wünschen der Menschen mit Behinderung eine Berechtigung und unterstützt die eigenverantwortliche und selbstbestimmte Gestaltung ihrer Lebensumstände. Das Wunsch- und Wahlrecht erstreckt sich nicht auf die Leistungsart der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege), wohl aber auf die Auswahl der Einrichtung. Dies kann konträr zum individuellen Bedarf stehen (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008, 8). Ein positiver Schritt zur Erweiterung und Sicherung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten für alte Menschen mit geistiger Behinderung in der Rehabilitation und Teilhabe ist das persönliche Budget. Dabei kann der Mensch über die erforderliche Leistung selbst entscheiden. Jedoch fehlen bislang erforderliche Beratungsstrukturen zu inhaltlichen Fragen und zu Möglichkeiten der Umsetzbarkeit, um dem komplexen und individuellen Unterstützungsbedarf der Menschen mit Behinderung gerecht zu werden. Das persönliche Budget wird im Abschnitt 6.2 nochmals aufgegriffen.

Neben dem sich zurzeit im „Umbruch“ befindlichen „Sozialleistungssystem“ stellen sich Fragen nach den Möglichkeiten der Wohnformen für alte Menschen mit

geistiger Behinderung (ebd.). Die Menschen sollten dabei unterstützt werden, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen, zu artikulieren und entsprechende Angebote einzufordern. Handlungsleitend sollte das Recht auf ein Leben in Würde und Achtung seiner Einzigartigkeit sein. Im folgenden Abschnitt unserer Arbeit wird das stationäre Wohnen alter Menschen mit geistiger Behinderung im Alltag betrachtet.

Sandra Ebersbach

#### **4.4 Wohnformen für alte Menschen mit einer geistigen Behinderung**

Für den Wohn- und Lebensmittelpunkt stehen im Freistaat Sachsen verschiedene Möglichkeiten für den älteren Mensch mit einer geistigen Behinderung zur Verfügung:

- eine eigene Wohnung bei weitgehend selbstständiger Lebensführung
- gemeinsamer Familienhaushalt mit Angehörigen
- „Pflege“- Familie
- Außenwohngruppe
- Wohnstätte für Menschen mit Behinderung bzw. chronisch psychischer Erkrankung
- Wohnpflegeheim
- Vollstationäre Pflegeeinrichtung

(vgl. Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, S.21)

Der Mensch mit einer geistigen Behinderung kann die Wohnform über das Wunsch- und Wahlrecht entsprechend §9 SGB IX frei wählen. Welche er aus diesem bedarfsorientiertem Angebot letztlich in Anspruch nimmt, hängt auch erheblich von der Intensität seiner Einschränkung ab, die bestimmt welches Wohnmodell überhaupt für ihn in Frage kommt.

Als erstes soll das *Einzelwohnen* in der eigenen Wohnung betrachtet werden. Der Bewohner hat hier ein eigenes Einkommen und einen eigenen Mietvertrag. Bei dieser Wohnform kommt der ambulante Hilfsdienst nach SGB V, SGB XI und IX in Verbindung mit SGB XII sowie die Leistungen des persönlichen Budgets zum Einsatz. Der alte Mensch hat dabei die Möglichkeit, seinen Lebensalltag so selbstbestimmt wie möglich zu gestalten, sowie familiäre und nachbarschaftliche

Einbindungen zu erhalten und auszubauen (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008, 11). Bei dieser Wohnform besteht die Möglichkeit, dass die Person durch einen zunehmenden Hilfebedarf im Alter überfordert wird. Außerdem kann Verwahrlosung und Vereinsamung drohen. Deshalb wäre es nach dem Eintritt in den Ruhestand ratsam, dass der Bewohner tagesstrukturierende Angebote, Freizeit- und Bildungsangebote wahrnimmt, um seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben weiterhin zu sichern. Um eventuellen gesundheitlichen Risiken entgegenzuwirken, ist es wichtig, dass der ältere Mensch Ansprechpartner oder Begleiter hat (z.B. aus der Familie, gesetzliche Betreuer oder Budgetassistenten). Diese können ihn ebenfalls bei der Suche nach entsprechenden Freizeit- und Bildungsangeboten unterstützen (vgl. ebd.).

Eine weiterte Möglichkeit des Wohnens für ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung ist das *Ambulant betreute (bzw. unterstützte) (Einzel-) Wohnen*. Auch hier gibt es die Möglichkeit des eigenen Einkommens oder der Rente und des eigenen Mietvertrags. Hier kommt der ambulante Pflegedienst gemäß SGB XI in vollem Umfang zum Tragen. Der Mensch mit einer Einschränkung erhält außerdem Unterstützungsleistungen bei der Teilhabe am Leben von einem Träger nach SGB IX. Eine Teilhabe am Leben wird somit bestmöglich gewährleistet. Die Chancen für Selbstständigkeit und nachbarschaftlicher Unterstützung sind bei dieser Wohnform ebenfalls vorhanden. Auch die Möglichkeiten individueller Zukunfts- und Hilfeplanung sind durch unterstützende Leistungen des SGB IX voll gegeben (vgl. ebd.). Um eine Vereinsamung des Bewohners zu vermeiden, hat sich hier das so genannte „Drubbelwohnen“ bewährt. Hier leben Menschen mit einer geistigen Behinderung in ihren Wohnungen in der Nähe von Menschen ohne Behinderung. Auch bei dieser Wohnform braucht der behinderte Mensch mit wachsendem Hilfebedarf Unterstützung, um Überforderung und Vereinsamung entgegen zu wirken. Hier besteht jedoch die Möglichkeit für den Bewohner, Hilfeleistungen (Pflegeleistungen nach SGB XI, Hauswirtschaftliche Hilfe oder Assistenz/ Begleitung) vom SGB IX -Leistungserbringer organisiert zu bekommen (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008, 12).

Für die bisher genannten Wohnformen besteht natürlich auch die Möglichkeit mit Partnern oder selbst gewählten Mitbewohnern eine Wohngemeinschaft zu bilden. Das hat den entscheidenden Vorteil, dass durch diese Form des



partnerschaftlichen Zusammenwohnens Anregungen gegeben sind, die der Vereinsamungsgefahr in starkem Maße entgegenwirken (vgl. ebd.).

Das *Wohnen in der Herkunftsfamilie mit den Eltern oder einem Elternteil* stellt ebenfalls eine geeignete Wohnmöglichkeit für einen Menschen mit einer geistigen Behinderung dar. Hier bleiben eigene Einkünfte erhalten, der ambulante Hilfsdienst mit Pflegeleistungen nach SGB XI, Leistungen nach SGB IX in Verbindung mit SGB XII sowie die Leistungen des persönlichen Budgets kommen in vollem Umfang zum Tragen. Vorteile dieser Wohnform sind eine meist gute nachbarschaftliche Einbindung sowie eine Teilhabe am Leben im familiären Kontext. Vielfach sinkt jedoch die Unterstützung des Bewohners durch nachlassende Kräfte der Eltern. Im Gegensatz dazu steigt die Anforderung, die eigenen Eltern zu unterstützen. Die Gefahr einer Überforderung ist in solchen Fällen nicht unwahrscheinlich. Die daraus entstehenden Hilfebedarfe können von begleitenden Unterstützern im Familienunterstützenden Dienst erbracht werden (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008, 13).

Sollten die Möglichkeiten einer ambulanten Wohnform nicht oder nicht mehr ausreichend sein, besteht die Möglichkeit zur der am häufigsten genutzten Wohnform für Menschen mit geistiger Behinderung zu wechseln: dem *Wohnen in einer gemeindeintegrierten stationären Wohnform der Eingliederungshilfe*. Hier erhalten die Bewohner eine Unterstützung gemäß ihrem Hilfebedarf, kategorisiert und abgerechnet nach dem Metzler System. Finanziert ist diese Wohnform mit Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX. Bedarfe wie Nachtbereitschaft werden abgedeckt. Eine Teilhabe am Leben nach SGB IX ist gewährleistet. Ist die Wohnstätte Teil eines Wohnverbunds besteht für den alten behinderten Menschen die Möglichkeit, bei verändertem Hilfebedarf, in eine andere Wohnform zu wechseln (vgl. ebd.).

*Wohnpflegeheime* der Behindertenhilfe erbringen Leistungen im Pflege- und Grundversorgungsbereich bzw. der Eingliederungshilfe nach SGB XI und SGB XII. Zum großen Teil sind diese Einrichtungen für Menschen mit einer *schwerst-mehrfachen Behinderung* konzipiert, die zwar jung sind, aber bei denen ein großer Pflegeanteil eine große Rolle bei der täglichen Unterstützung steht. Dennoch werden hier parallel Leistungen der Eingliederungshilfe verwirklicht.

Im Fall eines erhöhten Pflegebedarfs kann es dazu kommen, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung in eine *vollstationäre Pflegeeinrichtung nach SGB XI*

umziehen müssen (Bundesvereinigung der Lebenshilfe 2008, 6-10). Grundsätzlich ist jedoch anzumerken, dass diese Wohneinrichtungen für älter werdende und alte Menschen mit einer geistigen Einschränkung nicht die richtige Wohnform darstellen (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008, 13). Dazu muss man bemerken, dass das Kompetenzmodell der Gerontopsychiatrie auch auf alte Menschen mit Behinderung übertragen werden kann: menschliche Entwicklung als lebenslangen Prozess zu verstehen. Alte Menschen mit einer geistigen Behinderung dürfen nicht nur als „geriatrische Pflegefälle“ angesehen werden, sondern sie müssen altersgerecht leben und sich entwickeln können (Kraft 2006, 195). Diese Bedingungen sind in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI nur unzureichend für Menschen mit einer derartigen Einschränkung gegeben. Leider muss man vermuten, dass dennoch ältere Menschen vor allem mit der intensivsten Hilfebedarfsgruppe 5 nach Metzler in geriatrischen Kliniken oder Altenpflegeheimen untergebracht sind, da kaum Menschen mit dieser Einstufung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht sind (Kraft 2006, 196). Jedoch bieten (derzeit) nur die Wohnmöglichkeiten der Behindertenhilfe Rahmenbedingungen, alte Menschen mit einer geistigen Behinderung bedarfsgerecht zu unterstützen.

#### **4.5 Stationäre Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe**

„Aus statistischen Erhebungen wird deutlich, dass Menschen mit geistigen Behinderungen mit zunehmendem Alter in der Regel in Wohnstätten der Eingliederungshilfe leben...“ (Kraft 2006, 195). Trotz der zunehmenden Bedeutung von Normalisierungsprinzip, Integration und Regionalisierungsgedanken ist es in Deutschland Realität, dass ca. 60% aller Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Wohnstätten untergebracht sind (vgl. Theunissen 2006, 63). Die gegenwärtige Angebotsstruktur von Wohnmöglichkeiten in Sachsen bekräftigt diese deutschlandweite Analyse. So standen im Dezember 2010 201 Wohnheime mit 8223 Plätzen, 217 Außenwohngruppen mit 1901 Plätzen sowie 146 Träger des Ambulant betreuten Wohnens mit 4625 Plätzen den erwachsenen Menschen mit Behinderung zur Verfügung (vgl. Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, S. 20). Wohnstätten stellen somit die wohl häufigste Wohnform für Menschen mit geistiger Behinderung, und somit auch für die älteren Menschen unter ihnen dar. Aufgrund dieser Tatsache werden sich die weiteren Betrachtungen hauptsächlich

auf die Möglichkeiten eines selbstbestimmten Lebens von älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung in stationären Wohnmöglichkeiten richten. Hierbei gilt es zu untersuchen und zu betrachten, ob Entwicklungen vom Normalisierungsprinzip bis zur Inklusion in einer stationären Wohnform überhaupt umgesetzt werden können, und ob so ein selbstbestimmtes Leben ohne Einschränkungen überhaupt möglich ist.

Grundsätzlich kann man sagen, dass eine Wohnstätte in der Regel nicht die Selbständigkeit des Einzelwohnens bieten kann. Wohnstätten sind Institutionen mit Zwängen wie Zwangswohngemeinschaften, Gruppengröße und Größe der Wohneinrichtung bis hin zu Doppel- und Mehrfachzimmern. Es besteht immer die Gefahr einer nicht individualisierten Leistungserbringung, die den alten Menschen mit all seinen Möglichkeiten und Einschränkungen nicht genug berücksichtigt. Solche Institutionen werden grundsätzlich durch vier Elemente gekennzeichnet: eine Leitidee, einen Personalbestand, Regeln und Normen sowie einen materiellen Apparat (vgl. Theunissen 2006, 60). Einerseits bieten Wohnstätten so zwar emotionalen Halt, schaffen Sicherheit, Ordnung und Stabilität, andererseits besteht aber auch die Möglichkeit, Lebens- und Handlungsmöglichkeiten erheblich einzugrenzen (vgl. ebd.). „Dieses Problem der Begrenzung individueller Entfaltungsmöglichkeiten tritt vor allem dann auf, wenn sich eine Eigengesetzlichkeit, eine „Selbstverzweckung“ (Speck) der Institutionen entwickelt, die nicht selten mit strikten Regelungen, Vorschriften, Verplanungen und Fremdbestimmung einhergeht.“ (Theunissen 2006, 61).

Der Rahmen einer Institution setzt Grenzen und wirft Fragen nach struktureller und institutioneller Gewalt auf, wie Goffman im soziologischen Modell der totalen Institution beschreibt. Die Folgen für alte Menschen mit geistiger Behinderung können sich auf Beschränkungen der individuellen Freiheit, Verletzung der Würde des Einzelnen, Vernachlässigung individueller Präferenzen und Erzwingung der Anpassung an die Regeln in der Organisation beziehen (vgl. Goffman 1981). Institutionalisierungseffekte bzw. Hospitalisierungen geistig behinderter Menschen sind nach wie vor zu festzustellen (vgl. Theunissen 2006, 61). Diese äußern sich durch „Auffälligkeiten im Sozialverhalten, Selbstbild des Nicht- Könnens, mangelndes Zutrauen und Selbstwertgefühl, „erlernte Hilflosigkeit“ (Seligmann), „Verstümmelung des Selbst“ (Goffmann), „excluded identity“ (Borland &

Ramcharan), „erlernte Bedürfnislosigkeit“ (Theunissen), psychische Störungen u.v.m.“ (Theunissen 2006, 61).

Zusammenfassend kann man sagen, dass ein stationäres Wohnen im Alltag negative Folgen für jeden Menschen mit einer Behinderung haben kann, der in solch einer Wohnform lebt. Dabei hat wohl die Wohnform einen entscheidenden Einfluss auf die Möglichkeiten und die Verwirklichung eines selbstbestimmten Lebens seiner Bewohner. Einschränkungen scheinen vorprogrammiert zu sein. Es ist nur schwer vorstellbar, dass stationäre Wohneinrichtungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung diese vollständig auflösen können. Dennoch wird der Hintergrund der folgenden Betrachtungen sein, ob Einrichtungen der Behindertenhilfe in Sachsen dieser Systematik in der Praxis entgegenwirken und wie die wichtigen Begriffe der Sonderpädagogik, vom Normalisierungsprinzip, über das Empowerment-Konzept bis hin zur Teilhabe, Selbstbestimmung und Inklusion umgesetzt werden.

André Tunger

## 5 Stationäres Wohnen im Alltag

Wie wir feststellen konnten, ist das Wohnangebot für Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland „weitestgehend institutionell ausgerichtet“ (Schirbort 2007, 379). Wohnangebote der Behindertenhilfe nehmen ca. 70% der Betroffenen in Anspruch (vgl. ebd.). Da die Zahl der alten Menschen mit geistiger Behinderung in den nächsten Jahren stark ansteigen wird, müssen die Institutionen neue Aufgaben bewältigen, um die wachsende Zahl dieser Menschen entsprechend größtmöglicher Normalität und größtmöglicher Selbstbestimmung zu begleiten und zu unterstützen. Wie bereits beschrieben wurde, kann das stationäre Wohnen im Alltag negative Folgen für jeden haben, der in so einer Wohnform lebt. Wie die Institutionen diesen negativen Folgen in der Praxis entgegen wirken und wie die wichtigen Begriffe der Sonderpädagogik auf der Entwicklungslinie vom Normalisierungsprinzip, über das Empowerment-Konzept bis hin zur Teilhabe, Selbstbestimmung und Inklusion umgesetzt werden, wurde von uns im Rahmen eines Projektmoduls an der Hochschule Mittweida bearbeitet. In einer Forschungsgruppe von fünf Studenten und Studentinnen führten wir eine Befragung mittels eines von uns erarbeiteten Fragebogens zum Thema der Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens alter Menschen mit geistiger Behinderung durch. Dabei wurden insgesamt 300 Fragebögen an Einrichtungen der Behindertenhilfe verschickt. Die Beantwortung der 37 Fragen sollte durch die Einrichtungs- und Teamleiter erfolgen. Die sowohl offenen als auch geschlossenen Fragen gliedern sich in drei Komplexe:

1. Allgemeine und statistische Angaben zur Institution
2. Selbstständige Lebensführung
3. Selbstbestimmte Lebensführung

Im Ergebnis konnten wir eine Teilnahme an der Befragung von 10% feststellen, das heißt 31 Fragebögen wurden beantwortet. Für uns ergab sich ein interessantes Stimmungsbild zum Thema. Im folgenden Abschnitt soll eine Sekundäranalyse unserer Ergebnisse in Abstimmung mit unserer aktuellen Arbeit durchgeführt werden. Dabei erfolgt die Betrachtung der Ergebnisse im Vergleich

mit aktueller Fachliteratur. Es werden die Fragen, die für die vorliegende Arbeit zur Unterstützung und Vervollständigung beitragen, ausgewertet.

## **5.1 Sekundäranalyse der von uns durchgeführten Befragung**

### **Erster Fragebogenkomplex**

Im ersten Fragebogenkomplex der von uns durchgeführten Befragung bearbeiteten wir allgemeine und statistische Angaben zu den Institutionen. Es wurden unter anderem Fragen zur Art des Trägers, zur Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter, zum Personalschlüssel, zur Finanzierung, zur Anzahl der betreuten alten Menschen mit geistiger Behinderung, und deren medizinischen Versorgung und Unterbringung gestellt. Die Beantwortung zum Ausbildungsstand der Beschäftigten zeigte, dass es Einrichtungen gibt, in denen ca. 50% der Mitarbeiter keine fachspezifische Ausbildung haben. Allgemein wird ein professionelles Verständnis der Mitarbeiter im Dialog mit dem alten Menschen mit geistiger Behinderung als notwendig angesehen. Gut ausgebildete Mitarbeiter sind zur Unterstützung und Verwirklichung der Pläne, Ziele und eigenen Lebensvorstellungen der betroffenen Menschen wichtig. Ebenso sind die alten Menschen mit geistiger Behinderung von der verantwortungsvollen Haltung der Unterstützungspersonen abhängig. Da (wie festgestellt) fast die Hälfte der Mitarbeiter eine Grundausbildung fehlt, sind Aus- und Weiterbildung im Bereich der Behindertenhilfe sehr zu empfehlen. Bei der Beantwortung zur Nutzung von Weiterbildungsmöglichkeiten konnten wir eine positive Entwicklung feststellen. Diese werden rege genutzt. In 93,55 % aller Einrichtungen, die diese Frage beantwortet haben, werden Weiterbildungen zu den Themen:

- Hilfe, Pflege, Betreuung
- Recht, Pädagogik, soziale Arbeit
- Medizinische und praktische Fragen
- Arbeits- und Gesundheitsschutz

angeboten und gut besucht. Dies stellt durchaus eine positive Entwicklung dar und erweitert die notwendige fachliche Kompetenz der Mitarbeiter. Die Frage nach welchem Personalschlüssel in den Einrichtungen gearbeitet wird, wurde auf 58% der zurückgeschickten Fragebögen beantwortet. Es ergab sich ein

Durchschnittswert für das stationäre Wohnen von einem/einer Betreuer/Betreuerin zu 2,7 Betroffenen und im ambulant betreuten Wohnen von eins zu zwölf. Zu bedenken gab uns jedoch, dass nur wenige ausgebildete Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen in den Einrichtungen tätig sind. In fast der Hälfte der Einrichtungen gibt es gar keine. Doch gerade der Einsatz solcher Fachkräfte könnte in enger Beziehung mit anderen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen und Berufsgruppen, wie Heilerziehungspfleger und Heilpädagogen, die Arbeit mit dem alten Menschen mit geistiger Behinderung ergänzen und erweitern.

Bei der Beantwortung der Frage nach der Gestaltung der medizinischen Versorgung der betreuten Menschen zeigte sich ein flächendeckend gutes Ergebnis. Sowohl interne als auch externe Versorgung sind in ausreichendem Maße vorhanden. Die Unterbringung der alten Menschen mit geistiger Behinderung erfolgt in weit über der Hälfte der mitwirkenden Einrichtungen stationär und etwa ein viertel gaben an, dass die Menschen in altersgemischten Wohngemeinschaften untergebracht sind. Dabei überwiegt mit 45,16% die Unterbringung in Einbettzimmern und 38,71% wohnen in Zweibettzimmern. Dieses rein statistische Ergebnis lässt noch keine Rückschlüsse auf die Qualität der Begleitung, Betreuung und Unterstützung der alten Menschen mit geistiger Behinderung zu. Darauf werden die Ergebnisse der Fragebogenkomplexe zwei und drei (Selbstständige Lebensführung/Selbstbestimmte Lebensführung) Antworten liefern. Angaben zur Finanzierung und zur Höhe der Pflegesätze für die alten Menschen mit geistiger Behinderung wurden nur sehr unzureichend beantwortet. Fast drei viertel der teilnehmenden Einrichtungen machten hier keine Angaben. Eine mögliche Erklärung könnte Unsicherheit und „Schnittstellenprobleme“ in der Finanzierung sein (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008, 6).

### **Zweiter Fragebogenkomplex**

In diesem Fragebogenkomplex wurden die Möglichkeiten und Grenzen die selbstständige Lebensführung der alten Menschen mit geistiger Behinderung betrachtet. Für unsere aktuelle Arbeit ist dieser Komplex (ebenso wie Komplex drei) von großer Bedeutung und soll daher detailliert und ausführlich analysiert werden.

Die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit lässt sich in acht praktische Dimensionen des Normalisierungsprinzips beschreiben, die an dieser Stelle noch einmal kurz genannt werden sollen (ausführlich beschrieben im Abschnitt 2.3.1):

1. Normaler Tagesrhythmus
2. Trennung zwischen Arbeit, Freizeit und Wohnen
3. Normaler Jahresrhythmus
4. Normaler Lebensablauf
5. Respektieren von Bedürfnissen
6. Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern
7. Normaler wirtschaftlicher Standard
8. Standards der Einrichtungen (vgl. Thimm 1994, 19ff.)

Die Antworten der 31 mitwirkenden Einrichtungen auf die von uns zu diesen Dimensionen gestellte Fragen, gestalten sich wie folgt.

**Was meinen Sie, sind Sie in der Lage den Menschen mit Behinderung ein annähernd „normales Leben“ in Ihrer Einrichtung zu ermöglichen?** 87,10 % der Einrichtungen beantwortete diese Frage mit „ja“. Einige schränkten ihre Antwort ein, zum Beispiel dass dies abhängig von den „Gegebenheiten des Hauses“ (Zitat eines Befragten) sei oder dass kleinere Wohneinheiten wünschenswert wären. Ein positiver Trend unter den Gesichtspunkten der Normalisierung ist hier ganz klar erkennbar.

**Wie sieht die Gestaltung der Angebote Ihrer Einrichtung (gesellige Veranstaltungen, Ausflüge, gemeinsame Unternehmungen etc.) aus? Wie oft und in welchen Abständen werden diese durchgeführt?** Die meisten Angebote die den alten Menschen mit geistiger Behinderung in den Einrichtungen zur Verfügung stehen, sind interne Tagesangebote, Ausflüge und Urlaubsreisen, Besuch kultureller Veranstaltungen sowie Feste und Feiern. 93,55 % der Einrichtungen gaben an, diese Angebote regelmäßig anzubieten. Damit werden die Möglichkeiten der Partizipation ausgebaut und den betroffenen Menschen erschließen sich soziale und kulturelle Teilhabe.

**Wie wichtig ist eine relativ feste, ritualisierte Struktur des Tagesablaufs für die alten Menschen mit geistiger Behinderung? Wie sieht in Ihrer Einrichtung der allgemeine Tagesablauf von älteren Menschen mit geistiger Behinderung aus? Werden die Menschen mit Behinderung an den alltäglichen Tätigkeiten (z.B. Kochen, Putzen etc.) beteiligt?** Diese drei Fragen



gehören eng zusammen und zeigen, ob der alte Mensch mit geistiger Behinderung in den Tagesablauf der Einrichtung einbezogen wird. Die Teilhabe und Mitwirkung unterstützen die individuellen Fähigkeiten und trainieren die Alltagskompetenz. Fehlenden Anregungen kann so entgegengewirkt werden und Fähigkeiten und Fertigkeiten gehen somit nicht verloren. 93,55 % der Einrichtungen ist die Einbindung der Menschen sehr wichtig oder wichtig. Sie können zum Beispiel an der Zubereitung von Mahlzeiten, hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, kreativen Tagesangeboten oder eben an allen Tätigkeiten teilhaben. Durch die aktive Teilnahme an einem gut strukturierten Tagesablauf, der Anreize für ein selbsttätiges und selbstverantwortliches Verhalten gibt, kann einer „erlernten Bedürfnislosigkeit oder Hilflosigkeit“ entgegen wirken (Theunissen 2002, 39). Der Betroffene hat so die Möglichkeit, sich vor dem Hintergrund eigener Potentiale und Kompetenzen weiter zu entwickeln (vgl. ebd.).

**Sollte es möglich sein, dass bereits verrentete Bewohner Ihrer Einrichtung noch die Möglichkeit haben, tagsüber leichtere Tätigkeiten in der Werkstatt für behinderte Menschen auszuführen?** In der Phase des Übergangs von der Werkstatttätigkeit in den Ruhestand herrscht oft Verunsicherung über eine sinnvolle Beschäftigung der neuen Ruheständler und es stellt sich die Frage wie und ob in Zukunft Kontakte gefunden und gepflegt werden können. Deswegen gewinnt die soziale Anerkennung in dieser Phase an Bedeutung und eine leichte Tätigkeit in der Werkstatt nach der Verrentung würde dem alten Menschen mit geistiger Behinderung helfen und unterstützen, wenn dies gewünscht wird. Hier gaben 64,52 % der Einrichtungen an, diese Möglichkeit zu haben. Ein viertel der Befragten sehen keine Möglichkeit. In Betracht der zukünftig stark ansteigenden Anzahl der in Rente gehenden Menschen mit Behinderung müssen sich die Einrichtungen auf diesen Wandel einstellen. Soziale Kontakte zur ehemaligen Wirkungsstätte sollten unbedingt erhalten bleiben und der Übergang von der beruflichen Tätigkeit in den Ruhestand sollte gleitend erfolgen.

**Wie wird bei Ihnen in der Einrichtung mit dem Thema Sterben und Tod umgegangen?** Die Begleitung im Alter heißt auch Unterstützung beim Sterben und bei der Trauer. Vor allem im Alter „...heißt es Abschied nehmen von langjährig vertrauten Personen, von Menschen die sterben, von Lebensplänen, wie auch vom Leben selbst“ (Hoffmann 2002, 125). Über das Thema Sterben, Trauer und Tod muss mit den alten Menschen mit geistiger Behinderung

gesprochen werden. Die Wertschätzung gegenüber dem Menschen steht hierbei an erster Stelle und es muss versucht werden, den Menschen trotz einer eingeschränkten Mitteilungskompetenz zu verstehen und zu zuhören. Knapp 70 % der Einrichtungen gaben an, den alten Menschen mit geistiger Behinderung beim Thema Sterben und Tod begleiten zu können. Wenn man bedenkt (wie wir im statistischen Teil festgestellt haben), dass nur wenige Sozialarbeiter in den Einrichtungen tätig sind, jedoch eine Unterstützung der Sterbe- und Trauerbegleitung oft nur mit dessen professioneller Unterstützung möglich ist, sollten die Einrichtungen hier über die Ausbildung und Qualifizierung ihrer Mitarbeiter nachdenken, um die alten Menschen mit geistiger Behinderung fachgerecht begleiten zu können.

**Kann aufgrund von Sparzwängen an der Leitidee des lebenslangen Wohnens festgehalten werden oder droht eine Abschiebung älterer Menschen mit geistiger Behinderung in Einrichtung der Altenpflege?** Der Verweis alter Menschen mit geistiger Behinderung auf Pflegeheime (Altenheime) erfüllt in keiner Weise die Ansprüche dieser Menschen auf ein selbstbestimmtes Leben (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008). 47,8 % der Einrichtungen in Deutschland sehen hinsichtlich einer notwendigen pflegerischen Betreuung einen „konzeptionellen und strukturellen Veränderungsbedarf“ (Driller, Pfaff 2006). Die alten Menschen mit geistiger Behinderung benötigen neben dem pflegerischen Bedarf eine alters- und fachgerechte Begleitung, die im Rahmen eines Pflege- oder Altenheimes kaum leistbar ist. Wichtige Arbeitsmittel der Lebensbegleitung sind die Sterbe- und Trauerbegleitung und die Biografiearbeit. Die Gründe für eine hohe Wertigkeit der Biografiearbeit mit alten Menschen mit Behinderung wurden bereits im Abschnitt 2.2 unserer Arbeit beschreiben. Vor allem die Rahmenbedingungen die Biografiearbeit erst ermöglichen, wie „Zufälle, günstige Gelegenheiten und die Bereitschaft der Betroffenen“ sind in einem „geregelt System“ eines Alten- oder Pflegeheims nicht möglich (Fechtner 2008). Auch die Finanzierung einer solchen Unterstützungsform im gesamten Kontext ist kaum machbar. Unser Ergebnis in unserer Befragung bezüglich der Leitidee des lebenslangen Wohnens spiegelt diese Aussagen wieder. Knapp die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen sehen sich nicht in der Lage den alten Menschen mit geistiger Behinderung bei erhöhtem Pflegebedarf weiter in ihrer Einrichtung wohnen zu lassen oder beantworteten die Frage nicht. 54,84 % versuchen der

Leitidee zu entsprechen, jedoch mit Einschränkungen. Dafür hier einige Originalaussagen der Einrichtungs- und TeamleiterInnen:

- *„...sächsische Zuständigkeitsregeln für Eingliederungshilfe und Pflege im Gegensatz“*
- *„...geht nur bis zu einer bestimmten Grenze des pflegerischen Aufwandes“*
- *„...bei momentanen Betreuungsschlüssel, Ausbildung und Ausstattung sind Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht auf „Dauerpflege“ eingerichtet“*
- *„Ja, die droht (gemeint ist die Abschiebung), weil die gesetzlichen Regelungen so sind. Wir wollen die älteren Behinderten gern behalten.“*  
(Zitate der Befragten)

Da sich die Zahl der alten Menschen mit geistiger Behinderung in den nächsten Jahren immer weiter erhöhen wird (dazu die statistischen Zahlen im Abschnitt 3.1) und somit auch ein erhöhter pflegerischer Bedarf zu erwarten ist, müssen die Einrichtungen dies in zukünftige Planungen unbedingt mit einbeziehen. Ansonsten wird es dazu kommen, dass die Betroffenen in Alten- oder Pflegeheime umziehen müssen, in denen eine fachgerechte Begleitung kaum mehr möglich ist.

**Sind ältere und jüngere Menschen in ihrer Einrichtung zusammen untergebracht?** Wie einer aktuellen Statistik des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen (KSV) zu entnehmen ist, nehmen 1477 Menschen mit Behinderung im Alter von 60 bis 65 Jahren ein vollstationäres Angebot im Sinne von § 53 SGB XII (Wohnheim und Außengruppe) in Anspruch (vgl. Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, 13). Über fünf Mal so viele Menschen mit Behinderung (in Zahlen: 7583) im Alter zwischen 18 und 59 Jahren nutzen dieses Angebot (ebd.). Aus diesem Grund verwundert es nicht, dass es durchaus notwendig ist, jüngere und ältere Menschen innerhalb einer Einrichtung gemeinsam unterzubringen. So gaben in unserer Befragung 83,87 % der teilnehmenden Einrichtungen diese Vorgehensweise an. Das Zusammenleben funktioniert (so die Einrichtungen) positiv, unkompliziert und harmonisch, aber auch bedingt durch unterschiedliche Bedürfnisse und Interessen eher schwierig. Hier spielen die ganz individuellen Bedürfnisse und Interessen des alten Menschen mit geistiger

Behinderung eine entscheidende Rolle. Letztlich können die Strukturen und die räumlichen Bedingungen einer Einrichtung die Individualität ermöglichen oder gegebenenfalls in Gefahr bringen. Dem Wunsch- und Wahlrecht im Sinne von § 2 SGB IX sollte unbedingt entsprochen werden und dem Menschen mit Behinderung möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung seiner Lebensumstände zu lassen und seine Selbstbestimmung zu fördern.

**Ist es Ihrer Meinung nach wichtig, dass alte Menschen mit geistiger Behinderung ... Bildung erfahren? Ist es möglich, dass die alten Menschen mit geistiger Behinderung ihre Angebote zeitlich und inhaltlich frei wählen können?** Alle 31 Einrichtungen sehen die Bildung der alten Menschen mit geistiger Behinderung als wichtig an und antworteten auf diese Frage uneingeschränkt, also zu 100 %, mit „ja“. Fördermöglichkeiten bezüglich der kognitiven Leistungen werden in Form von Zahlen- und Gedächtnistraining angeboten. Bildungsmöglichkeiten außerhalb der Einrichtungen, also zum Beispiel Theater-, Opern- oder Ausstellungsbesuche, gibt es wenige. Hier überwiegen die hausinternen Angebote, wie tagesstrukturierte Maßnahmen und altersspezifische Angebote und Förderungsmaßnahmen innerhalb der Einrichtungen. Auf Grund der vorgegebenen Strukturen in einer Einrichtung ist die freie Interessen- und Zeitwahl der Angebote nicht immer möglich. 77, 42 % der Einrichtungen können dem alten Menschen mit geistiger Behinderung die selbstbestimmte Auswahl der Angebote ermöglichen. Um individuelle Kompetenzen erhalten zu können, ist Bildung und Förderung ein bedeutsamer Indikator, zumal diese Kompetenzen in hohem Maße vom Schweregrad der Behinderung abhängen: „...der Grad der geistigen Behinderung ist ein bedeutsamer Einflussfaktor“ (Cooper 1998, zit. nach Kruse 2006). Die Einrichtungen sind hier gefordert und müssen die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten zielgerichtet und planvoll anregen. Fehlt dies, besteht die Gefahr, „dass die im Lebenslauf entwickelten Fähigkeiten und Fertigkeiten rasch verloren gehen“ (Kruse 2006). Damit kann in hohem Maße der Verlust der Selbstständigkeit einhergehen. Auch eine ergotherapeutische Förderung kann diesem Verlust entgegen wirken. Bei der Frage nach solchen Angeboten zeigte sich ein positives Ergebnis. In 80,65 % der mitwirkenden Einrichtungen werden ergotherapeutische Fördermaßnahmen durchgeführt.

### **Dritter Fragebogenkomplex**

In diesem Fragebogenkomplex haben wir zentralen Fragen zum Thema Teilhabe gestellt. Eine selbstständige Lebensführung funktioniert nur mit der Teilhabe der Menschen in allen Bereichen des Lebens. „Teilhabe ist das Recht aller Bürger/innen und Teilhabe ist zugleich der Weg dort hin“ (Wacker 2005, 13). Durch das SGB IX „...wurde der Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht gelegt“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011, 4). Deshalb war es für uns interessant zu erfahren, ob die von uns befragten Einrichtungen die Selbstbestimmung älterer Menschen in den Einrichtungskonzeptionen festhalten und ob diese Ziele auch umgesetzt werden. Diese Frage beantworteten 80,65 % der teilnehmenden Einrichtungen mit „ja“. Die am häufigsten umgesetzten Ziele lassen sich in folgende Kategorien einteilen: Unternehmungen, Hobbys, Teilnahme an Veranstaltungen, Urlaub, Zimmergestaltung, Wahlessen. Wie die Einrichtungs- und Teamleiter die Wünsche und Lebensziele der alten Menschen selbst einschätzen, war Inhalt der nächsten Frage. Hier zeigte sich eine Übereinstimmung mit den angegebenen Zielen, die umgesetzt werden. An dieser Stelle wäre es sehr interessant, die alten Menschen mit geistiger Behinderung selbst dazu zu befragen, denn nur sie selbst können beantworten, welche eigenen und individuellen Wünsche und Ziele sie haben. Aus diesem Grund haben wir im Abschnitt 5.2 ff eine exemplarische Befragung von sieben Betroffenen zu ihrer aktuellen Wohnsituation dargestellt. Das gleiche gilt auch für die nächste Frage: Können alte Menschen mit geistiger Behinderung in Ihrer Einrichtung aus mehreren Möglichkeiten (zum Beispiel Kleidung, Essen Finanzen, Freizeitangebote, Essenszeiten, soziale Kontakte) auswählen? Die Einrichtungs- und Teamleiter der mitwirkenden Einrichtungen antworteten zu 83,9 % mit „ja“. Wie die Betroffenen selbst dazu stehen, zeigt die Auswertung der exemplarischen Befragung der Betroffenen (Abschnitt 5.2.3). Die Beantwortung der nächsten Frage zeigt die Möglichkeit der Mitwirkung der alten Bewohner mit kognitiver Einschränkung im Heimbeirat der Einrichtung. Diese aktive Teilnahme an Meinungsbildung und Informationsaustausch im institutionellen Rahmen ist möglich. In 83,87 % der Einrichtungen wirken Vertreter im Alter von 60 bis 80 Jahren mit. Welche Rolle der tatsächliche Einsatz der Vertreter im Leben der Wohnstätte spielt, könnte nur in einer Befragung der Mitglieder herausgefunden werden (hierzu auch exemplarisch Abschnitt 5.2.3).

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen. So fragten wir, ob den Einrichtungen eine Zusammenarbeit wichtig ist. Für 93,55 % der Einrichtungen ist sie das und 64,52 % haben diese bereits konzeptionell festgelegt. Hier kann von einem positiven Effekt des Interaktionsprozesses zwischen MitarbeiterInnen, Angehörigen und BewohnerInnen ausgegangen werden (vgl. Kremer-Preiss 1998). Gemeinsame Unternehmungen und Besuche von Veranstaltungen werden durchgeführt, dazu gehören zum Beispiel Feste, Feiern, Ausflüge oder Angehörigenstammtische. Insgesamt betrachteten die Einrichtungs- und Teamleiter in unserer Befragung die Zusammenarbeit mit den Angehörigen als positiv und nur 12,9 % gaben an, Probleme zu haben.

Die Antworten auf die folgenden Fragen zeigen ein Stimmungsbild zur Integration in die gemeindenahe Infrastruktur. Die Einrichtungen gaben an, mit Pflegeheimen, Sozialstationen und den Kirchgemeinden zusammen zu arbeiten. 77,42 % der Einrichtungen kooperieren mit Krankenhäusern, psychiatrischen Einrichtungen, SozialarbeiterInnen, ambulanten Diensten und sozialen Einrichtungen der Städte. Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, um die Bevölkerung näher auf die Arbeit mit älteren Menschen mit Behinderung aufmerksam zu machen und um zu werben, betreiben 76,67 % der teilnehmenden Einrichtungen. Dieses Ergebnis lässt perspektivisch gesehen den Schluss zu, dass sich „die Aufgaben der professionellen Helfer(innen) ...von der umfassenden Betreuung der behinderten Menschen auf die Assistenz zur Realisierung eines individuellen Lebensstils, auf die Erschließung von Netzwerken, von Freizeit-, Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten in der Gemeinde sowie auf Beratung und Unterstützung der am Netzwerk beteiligten Personen“ verlagert (Seifert 2007, 183).

Im letzten Teil unseres Fragebogens stellten wir drei offene Fragen zum grundsätzlichen Denken über den Begriff der Behinderung, über die Behindertenpolitik und was hierbei wichtig wäre und welche Bedürfnisse bestehen, wenn man selbst von einer Behinderung betroffen wäre. Die persönliche Einstellung der einzelnen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und der Leiter und Leiterinnen spielen eine entscheidende Rolle, um qualifiziert in diesem Beruf mit den Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen arbeiten zu können. Die Antworten reichten von: „*es gibt keine Behinderung*“ bis „*Menschen mit Behinderung so annehmen, wie sie sind*“ (Zitate der Befragten). Deutliche Worte

fanden die Einrichtungs- und Teamleiter zur Behindertenpolitik. Ein Schlüsselsatz lautete: „*Nicht über uns, ohne uns!*“ (Zitat eines Befragten). Diese Aussage unterstreicht deutlich die geforderte Mitbestimmung. Die Antworten auf die Frage: Was wären Ihre Bedürfnisse, wenn Sie selbst von einer Behinderung betroffen wären? zeigten den Wunsch nach selbstständigem und selbstbestimmtem Lebensstil und den Wunsch nach einer Begleitung von verständnisvollen Menschen. Ein weitestgehend autonomes Leben sollte jedem Menschen möglich sein, ob von Behinderung betroffen oder nicht.

Zusammengefasst ergab unsere Befragung ein Stimmungsbild von 31 mitwirkenden Einrichtungen zum Thema „Alte Menschen mit geistiger Behinderung – Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens“. Die betroffenen Menschen haben die Möglichkeit auf Individualität, Angebote, Förderung und Bildung. Die Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensführung werden gesichert durch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, durch die Mitwirkung im Heimbeirat und die aktive Zusammenarbeit mit Freunden und Angehörigen. Die Grenzen zeigen sich in den Institutionen selbst durch deren Verhaltensreglements (vgl. Goffmann 1981). Ein Großteil der Institutionen stößt bei erhöhtem Pflegebedarf an ihre derzeitigen Grenzen. Den Institutionen und damit den Bewohnern und Bewohnerinnen werden Grenzen durch bestehende Sparzwänge gesetzt. Der Perspektivwechsel im Leitgedanken von Normalisierung hin zu Empowerment und Inklusion ist spürbar. Da sich in den nächsten Jahren die Zahl der alten Menschen mit geistiger Behinderung weiter erhöhen wird, ist eine Weiterentwicklung auf dem Gebiet der Möglichkeiten in einer selbstbestimmten Lebensführung, in der Angebots- und Förderpalette und in der Außenorientierung unabdingbar. Sowohl der Ansatz des Empowerment als auch die Idee der Inklusion haben zum Ziel, Menschen mit geistiger Behinderung ein Leben zu ermöglichen, welches sie selbst nach ihren eigenen Vorstellungen autonom und selbstbestimmt gestalten können. Diese Entwicklung ist noch lange nicht abgeschlossen und für die „Sicherstellung der notwendigen Qualität“ in den stationären Einrichtungen gibt es noch „viele fachliche und sozialpolitische Anliegen im Rahmen einer notwendigen Weiterentwicklung“ (Theunissen 2010, 112).



### **5.1.1 Betrachtung der aktuellen Situation der Menschen in Wohnstätten**

Die aktuelle Entwicklung in den stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe in Sachsen wurde durch unsere Sekundäranalyse skizziert. Wir konnten feststellen, dass es positive Entwicklungsschritte zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung alter Menschen mit geistiger Behinderung gibt, die ausgebaut und weiterentwickelt werden müssen. Der Landespflegeausschuss Sachsen hat sich dazu auf neun Handlungsziele verständigt (Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, 25):

1. Im Freistaat Sachsen ist gewährleistet, dass jeder ältere Mensch mit Behinderung an seinem gewählten Lebensmittelpunkt die zur Sicherung seiner Versorgung und Teilhabe notwendigen Leistungen erhält.
2. Anbieter von sozialen Leistungen und unterstützenden Hilfen sowie auch andere Dienstleister sind für die besonderen Belange von älteren Menschen mit Behinderung sensibilisiert und richten ihre Angebote auf die Bedürfnisse dieser Menschen aus.
3. In allen Regionen Sachsens stehen barrierefreie Wohnmöglichkeiten zur Nutzung als eigene Häuslichkeit für ältere Menschen mit Behinderung zur Verfügung. Diese können sie - auch bei einem notwendig werdenden Wechsel ihrer bisherigen Wohnsituation –als ihren Lebensmittelpunkt wählen und hier ihrem individuellen Bedarf entsprechende Leistungen der Versorgung und Teilhabe in Anspruch nehmen.
4. Mit den in den einzelnen Sozialräumen vorhandenen ambulanten, niedrigschwelligen und offenen Angeboten zur wohnortnahen Versorgung sowie den ergänzenden Angebots-Bausteinen zur Unterstützung der älteren Menschen mit Behinderung sind die Voraussetzungen dafür gegeben, dass diese Menschen bei Nutzung aller vorhandenen Ressourcen so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben und am Leben der Gesellschaft teilhaben können.
5. Regional bzw. wohnortnah vorhandene Angebote zu sinnstiftender Beschäftigung/Tages- strukturierung für hilfebedürftige erwachsene Menschen können grundsätzlich von älteren Menschen mit Behinderung unter Beachtung geltender gesetzlicher Regelungen mit genutzt werden (z.B. „Tagesgäste“)
6. Die Wohnangebote der Eingliederungshilfe sind auf die sich verändernden Bedarfe der



älteren pflegebedürftigen Bewohner eingestellt; ihre Angebotstruktur ist strukturell und personell auch auf die Bedürfnisse der älteren Menschen mit Behinderung ausgerichtet.

**7.** Um den besonderen Belangen älterer Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, die

in vollstationären Einrichtungen der Pflege nach SGB XI leben und dort versorgt und

betreut werden wollen, Rechnung zu tragen, wird in diesen Einrichtungen entsprechend

qualifiziertes Personal vorgehalten.

**8.** Die Versorgung und Teilhabe älterer Menschen mit Behinderung ist fester Bestandteil

der integrierten kommunalen Sozialplanung, die sich an den Grundsätzen des Gesamtkonzeptes orientiert, die an die Bedarfsentwicklung im jeweiligen Sozialraum angepasst ist und die auf eine vernetzte Infrastruktur ausgerichtet ist (vgl. Empfehlungen der LAG Sozialplanung 2009).

**9.** Der Freistaat Sachsen setzt sich für eine rechtliche Weiterentwicklung von Eingliederungshilfe und Pflege ein.

Diese Handlungsziele sind als eine aktuelle Empfehlung zu verstehen und weisen den Weg für die Weiterentwicklung der Leitgedanken der Normalisierung, des Empowerment-Konzepts, der Teilhabe und Selbstbestimmung und der Inklusion. Sie unterstreichen die Ergebnisse unserer Sekundäranalyse. Durch diese vom Kommunalen Sozialverband Sachsen erarbeiteten Handlungsziele wird das Interesse von Teilen der Fachwelt an der Thematik deutlich. Für das Erreichen dieser hochgesteckten Ziele besteht für die Institutionen der Behindertenhilfe weiterführender Diskussions- und Handlungsbedarf. Besonders im sechsten Handlungsziel, das auf das Ausrichten der Bedürfnisse für ältere pflegebedürftige Bewohner verweist, zeigen sich Problemlagen bezüglich der Äußerungen der Einrichtungs- und Teamleiter in unserer Befragung. Es wird deutlich, dass die Wohnstätten ungenügend auf eine mögliche Pflegebedürftigkeit ihrer Bewohner und Bewohnerinnen eingestellt sind. Das im siebten Handlungsziel geforderte Vorhalten von „entsprechend qualifiziertem Personal“ (ebd.) in vollstationären Einrichtungen der Pflege nach SGB XI hat in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung, denn gerade die alten Menschen mit geistiger

Behinderung, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, benötigen professionelle Unterstützung zur Erhaltung und Förderung ihrer Kompetenzen. Alle neun Handlungsziele geben wertvolle Impulse zur Unterstützung und Förderung der Möglichkeiten einer selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung mit dem Recht auf Teilhabe dieser Menschen in allen Bereichen ihres Lebens. Den existierenden Grenzen innerhalb der Institution, hervorgerufen durch deren Verhaltsreglements (vgl. Goffmann 1981) und durch bestehende Sparzwänge, besonders bei erhöhtem Pflegebedarf, kann durch die Prüfung des individuellen Bedarfs des einzelnen Menschen entgegengewirkt werden. Der ältere Mensch mit geistiger Behinderung sollte „zu einem dem veränderten individuellen Bedarf entsprechenden Angebot“ Beratung erhalten (Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, 23). „Dem Wunsch des Menschen mit Behinderung ... ist dabei grundsätzlich Rechnung zu tragen“ (ebd., 18). Es sollte sichergestellt werden, „dass der bewohnte Lebensraum eines Menschen mit geistiger Behinderung im Alter erhalten bleibt und dieser Personenkreis sinnvolle, pädagogisch orientierte, tagesstrukturierte Angebote erhält (dazu Theunissen 2002)“ (Theunissen 2010, 112). Damit werden die stationären Wohnangebote für Menschen mit geistiger Behinderung auch zukünftig im „Gesamtsystem der Hilfen“ für diese Menschen bedeutend bleiben (ebd.). Eine Weiterentwicklung ist notwendig in der Gestaltung der Übergänge zwischen verschiedenen Wohnformen, um diesem Personenkreis in allen Lebenslagen ein individuelles und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (vgl. ebd.). Ob und wie die älteren Bewohner und Bewohnerinnen in stationären Einrichtungen in Sachsen entsprechend ihres individuellen Bedarfs unterstützt werden und ihren Wünschen entsprochen wird, soll im folgenden Abschnitt durch die Darstellung einer exemplarischen Befragung von sieben alten Menschen mit geistiger Behinderung, die in Wohnstätten leben, aufgezeigt werden. Die aktuelle Lebens- und Wohnsituation soll durch gezielte Fragestellungen zum Thema von den Betroffenen selbst eingeschätzt werden, denn bei der Betrachtung der aktuellen Situation in den Institutionen müssen die Meinungen der dort lebenden Senioren unbedingt Beachtung finden.

## **5.2 Befragung älterer Menschen mit geistiger Behinderung**

### **5.2.1 Das Befragungsinstrument**

Für unsere Befragung betroffener Bewohner und Bewohnerinnen von Wohnstätten der Behindertenhilfe nutzen wir ein Instrument, welches von Petra Gromann und Ulrich Niehoff mit finanzieller Unterstützung der Aktion Mensch erarbeitet wurde. Herausgeber dieser Materialsammlung mit dem Titel „Schöner Wohnen – Ein Instrument zur Bewohner(innen)-Befragung“ im Jahr 2003 ist die Bundesvereinigung Lebenshilfe. Das Materialset besteht neben einem Handbuch aus einer CD Rom, einem Fragenkatalog und visuellen Hilfen in Form von Karten. Die individuelle Einsetzbarkeit und Nutzung dieses Instruments macht es besonders wertvoll. Die Fragen können passend und auf die eigenen Verhältnisse abgestimmt, zusammengestellt werden. Die praktische Anleitung gibt Hilfestellung, wie sich die Betroffenen durch eine Befragung an der Verbesserung der Wohn- und Lebensqualität in Wohnstätten beteiligen können. Die Bedarfe der Bewohner und Bewohnerinnen werden oft über die Erfahrungen und Urteile der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erhoben. Umso wichtiger ist das direkte Einbeziehen der Betroffenen selbst, um deren Bedarfe zu erfahren, die als Grundlage vorhandener Qualitätssicherungssysteme und neuer Konzepte in der Betreuungsarbeit dienen (vgl. Gromann/Niehoff 2003, 12). Daher lässt sich dieses Befragungsinstrument auch zusammen mit allen gängigen Qualitätssicherungsverfahren, aber auch ohne diese, verwenden (vgl. ebd., 14). Wir möchten mit einer speziellen Auswahl an Fragen aus verschiedenen Themenbereichen des vorliegenden Fragebogens feststellen, wie die Bewohner und Bewohnerinnen ihre Wohnsituation einschätzen und ob es Übereinstimmungen oder Abweichungen mit der von uns durchgeführten Befragung der Einrichtungs- und Teamleiter(innen) gibt (dazu Abschnitt 5.1). Dadurch werden die praktische Tätigkeit in den Institutionen und das Leben der dort wohnenden Menschen dargestellt. Die Befragung der behinderten Menschen selbst ist von hoher Bedeutung, denn sie signalisiert den Betroffenen, dass sie ernst genommen werden und ihre Meinung zählt. Der Mitbestimmung und Partizipation der alten Menschen mit geistiger Behinderung wird Rechnung getragen und das Selbstwertgefühl wird gestärkt. Unsere Befragung von sieben Bewohnern und Bewohnerinnen zweier Einrichtungen der Behindertenhilfe ist exemplarisch und spiegelt einzelne Meinungen wider. Wir stellen den Betroffenen zwölf ausgewählte Fragen zu ihrer Wohnsituation,

Mitbestimmungsmöglichkeiten, Selbstbestimmung, Mitspracherecht und Zusammenleben (kompletter Fragebogen im Anhang). „Eine zu lange und aufwändige Erhebung überfordert die Bewohner(innen)....Mehr als 15 bis 25 Fragen sollte eine Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung nicht umfassen“ (Gromann/Niehoff 2003, 17). Daher sind die von uns ausgewählten Fragen ausreichend, um unsere Perspektive der Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens alter Menschen mit geistiger Behinderung in Sachsen darzustellen und den Rahmen der vorliegenden Arbeit zu vervollständigen.

### **5.2.2 Vorbereitung und Durchführung der Befragung**

Bei der Vorbereitung und Durchführung der Befragung ließen wir uns von folgenden wichtigen Grundsätzen leiten (vgl. Gromann/ Niehoff 2003, 20ff.):

- Ankündigung der Befragung
- wenige und einfache Fragen
- Fragebogen eventuell „abspecken“
- bei Notwendigkeit eindeutige Zusatzmaterialien
- verständliche Kommunikationsformen verwenden (aus dem Alltag)
- genügend Zeit und Flexibilität bei der Befragung
- eventuell Anwesenheit des/der Bezugsbetreuers/Bezugsbetreuerin
- offene Rückmeldung der Ergebnisse

Wir traten in Kontakt mit den Einrichtungsleitern(innen) und Bezugsbetreuern(innen). Die alten Menschen mit geistiger Behinderung wurden „im Vorfeld über Zweck, Inhalt, Ablauf, Anonymisierung, Freiwilligkeit und mögliche Konsequenzen der Befragung informiert und für die Zusammenarbeit motiviert“ (ebd., 16).

In der ersten Einrichtung wurde eine Rentnerin im Alter von 73 Jahren einzeln befragt. Da sie nicht lesen kann, wurden ihr die Fragen langsam vorgelesen und es wurde ihr genügend Zeit zur Beantwortung gelassen. Die Anwesenheit eines ihr bekannten Mitarbeiters wirkte sich positiv aus und sie beantwortete die Fragen offen und ungezwungen.

In der zweiten Einrichtung wurde die Befragung in einem Gruppen-Rahmen durchgeführt: „Der Tag der Befragung sollte so geplant werden, dass die Befragter(innen) Zeit haben, mit der Gruppe vorher zwanglos zusammenzukommen, Kaffee zu trinken oder ähnliches“ (ebd., 28). So wurden die

Bewohner und Bewohnerinnen zu einem gemeinsamen Vormittag mit Kaffee trinken in den Gruppenraum eingeladen und elf Personen erschienen. An der sich anschließenden Befragung beteiligten sich sechs der Bewohner und Bewohnerinnen und eine Bezugsbetreuerin. Die Fragebögen wurden teilweise an die Bewohner verteilt und sie konnten (soweit das möglich war) die Fragen selbst nachlesen. „Die Wünsche der Befragten an die Gestaltung der Befragung haben Vorrang, auch wenn die inhaltliche Befragung zunächst darunter zu leiden scheint bzw. länger dauert“ (ebd.). Dies wurde von uns beachtet und durch die Unterstützung der Bezugsbetreuerin konnten alle Fragen gut bearbeitet werden. Es entstand eine „gute Atmosphäre“ und ein „partnerschaftliches Klima“, das zu einer „gelingenen Befragung“ führte (ebd.).

### **5.2.3 Auswertung der Befragung**

Die Auswertung der Befragung geschieht durch das Auszählen der Antworten. Da insgesamt sieben Bewohner und Bewohnerinnen befragt wurden, ist das Ergebnis exemplarisch. Die Meinung der Betroffenen kann ein wertvoller Ansatz für eine Weiterentwicklung bieten, denn nur die Bewohner und Bewohnerinnen selbst kennen ihre individuellen Bedarfe und sollten die Möglichkeit erhalten, diese zu äußern bzw. darzustellen. Der Mensch mit geistiger Behinderung kann als „kompetente Person“ angesehen werden, der grundsätzlich nicht nach seinen Defiziten, sondern nach seinen Kompetenzen zu beurteilen ist (vgl. Theunissen 2002, 388). Im Folgenden werden die für unsere Arbeit relevanten Fragen aus unserem Fragebogen ausgewählt und mit aktueller Fachliteratur zur Thematik verglichen. Es wird dargestellt, welche Möglichkeiten den alten Menschen mit geistiger Behinderung in den Wohnstätten zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse sind im Zusammenhang mit der Sekundäranalyse (Abschnitt 5.1) zu betrachten. Die ausgewählten Fragen erscheinen zum besseren Verständnis im folgenden Text dick gedruckt.

**Ich wohne gern hier und bin zufrieden.** Diese allgemeine Frage wurde von den meisten Bewohnern und Bewohnerinnen positiv beantwortet. Sechs der Betroffenen sind zufrieden mit ihrer Wohnsituation. Diese Zufriedenheit zeigt, dass die Wohnangebote weitestgehend altersspezifisch an die Bedürfnisse der alten Menschen angepasst werden. Ebenso sichert die Erhaltung der Selbstständigkeit eine hohe Zufriedenheit mit dem eigenen Leben (vgl. Driller/Pfaff 2006, 102). Es

ist also davon auszugehen, dass den Bewohnern und Bewohnerinnen in denen von uns befragten Einrichtungen die Möglichkeit eines weitestgehend selbstständigen Lebens/Wohnens gewährleistet wird.

**Wenn Sie die Wahlmöglichkeiten zum Wohnen hätten, wie wollten Sie dann wohnen?** Diese Frage zeigt die Möglichkeiten der Mitbestimmung der alten Menschen an ihrer aktuellen Wohnsituation. Die Antworten fallen fast einstimmig aus: „*So wie jetzt*“ sagen sechs der Befragten. Die Zufriedenheit am Leben und den Wohnverhältnissen wird auch hier deutlich. Die Möglichkeiten zur Partizipation werden erfüllt. Im weiterführenden Gespräch zu dieser Frage äußerte ein Bewohner, er möchte noch „*so lange hier leben, wie es geht*“ (Zitat eines Bewohners). Hier ist es wichtig im Falle von Funktionseinbußen zu versuchen, die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung soweit wie möglich zu erhalten und den alten Menschen mit geistiger Behinderung in seinem Wunsch- und Wahlrecht zu beraten und entsprechende Angebote flexibel zu gestalten (vgl. Kruse 2006, 131).

**Haben Sie Ihr Zimmer oder Ihre Wohnung selbst eingerichtet? Können Sie Ihr Zimmer verändern?** Diese beiden Fragen beziehen sich auf das Mitbestimmungsrecht. Alle sieben Befragten gaben an, ihre Zimmer nur teilweise selbst eingerichtet zu haben, empfanden dies aber als selbstverständlich und nicht als Einschränkung ihrer Selbstbestimmung. Ein Grund dafür kann die Biografie der alten Menschen mit geistiger Behinderung sein, denn sie haben die meiste Zeit ihres Lebens in Institutionen verbracht. Der Rahmen einer Institution setzt jedem der darin lebt Grenzen (vgl. Goffmann 1981). Als Folge davon kann es unter anderem zur Vernachlässigung individueller Präferenzen und Anpassung an die Regeln der Organisation kommen (ebd.). Die Antworten der Befragten lassen vermuten, dass sie sich an die Vorgaben bezüglich der Einrichtung der Zimmer innerhalb der Institution angepasst haben.

Ein uneingeschränktes Mitwirkungsrecht haben die Betroffenen bei Veränderungen in ihren Zimmern. Hier wird deutlich, dass die Institutionen ihren Bewohnern und Bewohnerinnen individuelle Freiräume zugestehen. Alle Befragten gaben an, ihre Wohnungen/Zimmer nach ihren persönlichen Vorstellungen verändern zu können. Somit werden die Bedürfnisse, Wünsche und Entscheidungen des Menschen mit Behinderung berücksichtigt und ein selbstbestimmtes Handeln unterstützt (vgl. Thimm 1994, 19).

**Was machen Sie in Ihrer Freizeit? Was würden Sie in der Freizeit gerne machen?** Bei diesen Fragen entstand in unserer Gruppenbefragung eine rege Diskussion. Es zeigte sich, dass alle Befragten ihre Freizeit ganz individuell gestalten. Die Antworten reichten von „*ich besuche Freunde*“, „*ich gucke Fernsehen*“, „*ich höre Musik*“, „*ich Puzzle*“ und „*ich gehe gern spazieren*“ (Zitate der Befragten). Die befragten Ruheständler gehen alle in ihrer Freizeit sinnvollen Beschäftigungen nach und gaben an, Kontakte zu pflegen. Auch in der Kirchgemeinde sind die alten Menschen integriert. Sie gaben an, sich dort häufig aufzuhalten und es wäre „*dort immer etwas los*“ (Zitat eines Befragten). In der Diskussion war eine hohe Zufriedenheit aller Teilnehmer spürbar. Offensichtlich wird der ältere Mensch hier gut unterstützt und ein ausreichendes Maß an Tagesstrukturierung gibt der Freizeit einen Sinn (vgl. Kruse 2006, 131). Die Umsetzung eigener und ganz individueller Vorstellungen, Ziele und Wünsche ist für die Menschen möglich. Dadurch bekommen die Betroffenen Anreize, die ihre Potentiale und Kompetenzen und somit ein selbstbestimmtes Leben fördern und unterstützen

**Haben Sie die Möglichkeit, beim Einkaufen Ihre Kleidung selbst aus zu suchen?** Die Frage aus dem Themenbereich „Was kann ich selbst tun?“ beantworteten die Befragten zunächst einstimmig mit „*ja, das mache ich ganz alleine*“. Im weiteren Gespräch wurde deutlich, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gemeinsam mit den alten Menschen mit Behinderung die Kleidungsstücke heraussuchen und bei der Auswahl unterstützen. Die Entscheidung was letztlich gekauft wird, liegt am Bewohner/an der Bewohnerin selbst. Die Unterstützung durch das Personal wird nicht als Einschränkung der Selbstversorgung empfunden. Dies entspricht dem ersten Schwerpunkt der ganzheitlich organisierten Alltagsbeteiligung im Rahmen des institutionellen Wohnens, von Theunissen formuliert (vgl. Theunissen 2002, 106). Demnach soll der Mensch in seiner Selbstversorgung soviel tun, wie er selbst in der Lage ist (vgl. ebd.). Die Komponente der Selbstversorgung/Selbstverantwortung zur Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens scheint in diesem Bereich erfüllt zu werden und gibt dem alten Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit, seine Kleidung in seinem individuellen Rahmen selbst auszuwählen.

**Gibt es einen persönlichen Plan für Sie, in dem aufgeschrieben ist, was Sie sich wünschen, was Sie erreichen wollen? Möchten Sie einmal mit**



**Mitarbeiter(inne)n überlegen, wie Ihre Zukunft aussehen kann und was Sie sich vornehmen können?** Durch diese Frage wird deutlich, ob die Befragten ein uneingeschränktes Mitspracherecht bezüglich ihrer ganz individuellen Wünsche und Ziele haben und welche Partizipationsmöglichkeiten bestehen. Beim Vorlesen der Frage hatten wir den Eindruck, dass die alten Menschen noch nie mit derartigen Inhalten zu eigenen Plänen, Wünschen und ihrer Zukunft konfrontiert wurden. Für alle sieben Beteiligten gibt es keinen persönlichen Plan und Gespräche mit Mitarbeitern oder Mitarbeiterinnen sind ihnen „*nicht so wichtig*“ oder sie können die Fragen nicht einordnen und antworteten „*weiß nicht*“. Die Bezugsbetreuerin gab auf Nachfrage an, dass schon Gespräche zu diesem Thema geführt wurden, doch scheinbar fehlt den alten Menschen der bewusste Bezug dazu. Hier könnte durch wiederholte bzw. aktualisierte Befragung ein allmählicher Prozess zur Weiterentwicklung und zum Nachdenken bei den alten Menschen mit geistiger Behinderung initiiert und angeschoben werden (vgl. Gromann/Niehoff 2003, 31). Dabei ermöglicht das biografische Arbeiten einen verstehenden Zugang zu den alten Menschen mit geistiger Behinderung, erlaubt einen Blick in die Gegenwart und eine Zukunftsplanung (vgl. Theunissen 2002, 106). Die Biografiearbeit ist eine Rahmenbedingung, die in Einrichtungen zur Förderung, Anregung und Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens älterer Menschen gewährleistet werden sollte.

**Gibt es einen Heimbeirat, der bei Entscheidungen in der Wohnstätte mitreden kann? Ist das eine gute Idee? Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit des Heimbeirats?** Die Möglichkeiten der Mitwirkung im Heimbeirat einer Einrichtung hat eine große Bedeutung für die Mitbestimmung der Bewohner und Bewohnerinnen und sichert eine aktive Teilnahme an Meinungsbildung und Informationsaustausch innerhalb des institutionellen Rahmens. In beiden von uns befragten Einrichtungen gibt es einen Heimbeirat, mit dessen Arbeit die Befragten zufrieden sind. Erfreulicher Weise befand sich eine Bewohnerin in unserer Gruppenbefragung, die aktiv im Heimbeirat mitwirkt. Sie berichtete uns, dass sie bei Streitigkeiten unter den Bewohnern und Bewohnerinnen hilft und Ansprechpartnerin bei Problemen ist. Gespräche mit Bezugsbetreuern und Bezugsbetreuerinnen und der Leitung der Wohnstätte habe es auch schon gegeben, sagte sie. Wir gehen davon aus, dass die Mitglieder des Heimbeirates in den von uns befragten Einrichtungen einen festen Bestandteil des Lebens in der



Wohnstätte darstellen. Dadurch werden die Interessen der Bewohner und Bewohnerinnen gestärkt und die Teilhabe in allen Bereichen gesichert.

Abschließend lässt sich zu unserer exemplarischen Befragung von sieben Bewohnern und Bewohnerinnen aus zwei Wohnstätten feststellen, dass die alten Menschen mit ihrer aktuellen Lebens- und Wohnsituation zufrieden sind. Das sich in unserer Sekundäranalyse (Abschnitt 5.1) ergebende Stimmungsbild der Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensführung, gesichert durch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, durch die Mitwirkung im Heimbeirat und durch Selbstständigkeit und Selbstverantwortung, wird größtenteils durch die Betroffenen bestätigt. Ebenso zeigt sich die Weiterentwicklung im Leitgedanken vom Normalisierungsprinzip hin zum Empowerment-Konzept. Der Inklusionsgedanke ist erst in Ansätzen spürbar. Dieses Ergebnis wird durch die Aussage von Georg Theunissen bestätigt, der beschreibt, dass die praktische Umsetzung des Konzeptes der Inklusion in Deutschland nur schleppend voran geht (vgl. Theunissen 2006, 66). Die Bestrebungen der Wohnstätten ihren Bewohnern und Bewohnerinnen ein selbstbestimmtes Leben im Alter zu gewährleisten, sind erkennbar. Ob dies in den Wohnstätten auch noch bei erhöhtem Pflegebedarf möglich sein wird, wird die zukünftige Entwicklung im Bereich der Behindertenhilfe zeigen. Den heute alten Menschen mit geistiger Behinderung sollte die Gelegenheit gegeben werden, „ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen, zu artikulieren und entsprechende Angebote einzufordern“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008, 14). Dabei würde eine spezifische Bildung im Alter diesen Personenkreis in die Lage versetzen, ihre individuellen Bedürfnisse zu erkennen und zu formulieren (vgl. ebd.). Die Wohnstätten sollten die uneingeschränkte Teilhabe der alten Menschen mit geistiger Behinderung am gemeinschaftlichen Leben fördern. Handlungsleitend für die Einrichtungen der Behindertenhilfe muss das Recht der behinderten Menschen auf „ein Leben in Würde und Achtung seiner Einzigartigkeit“ sein (ebd.). Auf die Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens der immer älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung in Bezug auf Bedarfslagen und Kompetenzerhaltung, altersspezifische Wohnangebote, Übergangsphasen, tagesstrukturelle Maßnahmen, Möglichkeiten der Interdisziplinarität und der sozialer Arbeit wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

Sandra Ebersbach

## 6 Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten Lebens in Wohnstätten

### 6.1 Abdeckung von Bedarfslagen und Kompetenzerhaltung

Die Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben im Alter von Menschen mit einer geistigen Behinderung ist von den Möglichkeiten einer selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung abhängig. Dass Menschen mit einer Behinderung ein solches Leben führen, ist unbedingt auf den Erhalt und die Förderung von Kompetenzen zu achten. Neben diesen grundlegenden Bedingungen für ein selbstbestimmtes Leben, die in Kapitel 4 ausführlich untersucht und dargestellt wurden, sollte man bei dieser Betrachtung zusätzlich die Vielfalt der Bedarfslagen von älteren Menschen mit Behinderung einbeziehen, welche von den individuellen Bedürfnissen der Menschen ausgehen (vgl. Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, 22). Denn auch diese stellen das Fundament für ein Leben in Selbstbestimmung in Institutionen der Behindertenhilfe dar. Die folgende Übersicht bildet einen Überblick der Bedarfe des älteren (hilfebedürftigen) Menschen mit einer Behinderung:

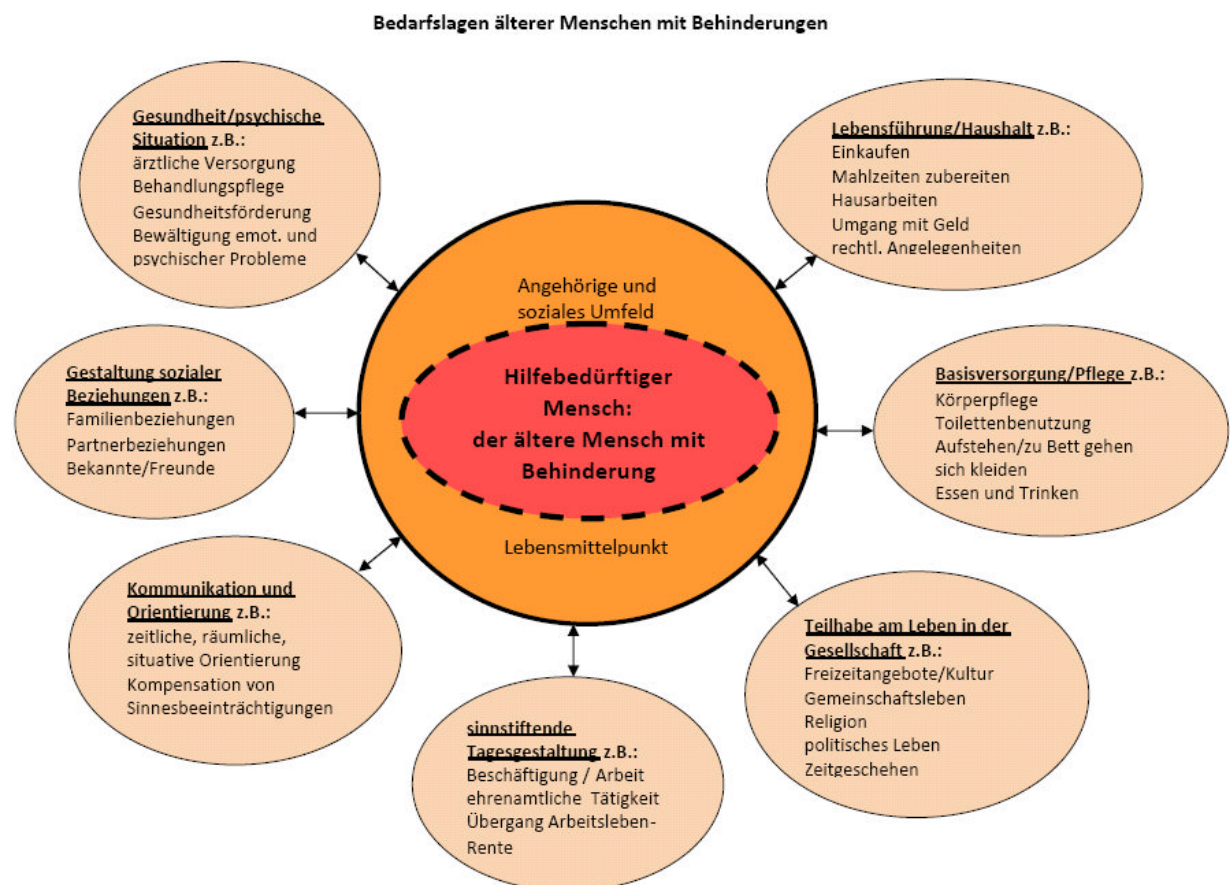


Abbildung 5: Die Bedarfslagen älterer Menschen mit Behinderung sind von unterschiedlicher Ausprägung und Intensität (vgl. Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, 22).

Eine Wohnstätte für Menschen mit geistiger Behinderung, in der auch ältere Menschen leben, wird sich daran messen lassen müssen, ob sie die Bedingungen gewährleisten kann, den Bewohnern genug Förderung und auch Anregung zu geben, aber auch ihre Bedarfslagen auszufüllen. Denn nur so haben diese die Möglichkeit, sich ein Leben in Selbstbestimmung auch in ihrem letzten Lebensabschnitt gestalten zu können. Aufgrund dieser Tatsache, erachten wir es als sinnvoll, auf die finanziellen Aspekte einer solchen Wohnstätte zu blicken, und zu untersuchen ob es Wohnstätten aus dieser Sicht überhaupt möglich ist, Rahmenbedingen zu bieten, die eine Selbstbestimmung gewährleisten können.

#### **6.1.1 Finanzierung und Abrechnung einer Wohnstätte nach dem H.M.B.-W. - Verfahren**

Eine Wohnstätte für Menschen mit geistiger Behinderung wird mit Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX finanziert. Eine Teilhabe am Leben nach SGB IX ist gewährleistet. Dabei erhalten die Bewohner alle Unterstützung gemäß ihrem Hilfebedarf, kategorisiert und abgerechnet nach dem H.M.B.-W. -Verfahren (Verfahren zur Ermittlung des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung im Lebensbereich Wohnen, auch: Metzler-Verfahren) (vgl. auch Kapitel 4). Da Leistungen nach SGB IX in ihren Inhalten, ihrem Umfang und Qualität beschrieben werden müssen, hat der Kostenträger (in Sachsen der Kommunale Sozialverband Sachsen, KSV) die Vergütung über eine Pauschale geregelt. „Die Betreuung und Unterstützung von Menschen mit Behinderung wird über eine sog. Maßnahmepauschale vergütet, die nach „Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf“ differenziert werden soll.“ (Metzler 2000, 2). Der personenbezogene Hilfebedarf der Menschen mit geistiger Behinderung wird dabei in verschiedenen Alltagssituationen betrachtet, und daraus wird dann eine professionelle personelle Unterstützung definiert (vgl. ebd.). Sachleistungen, individuelle Leistungen und therapeutische Maßnahmen finden hier keine Beachtung, und werden bei einer Kostensatzverhandlung separat vereinbart. Für den Gesamtkostensatz, welcher Sachleistungen und personelle Ausstattung beinhaltet, gibt es in Sachsen keine einheitlichen Grundlagen der Höhe dieser zur

Verfügung gestellten Mittel. Der letztendlich verhandelte Kostensatz kann deshalb regional abweichen und ist unter anderem von der konzeptionellen Leistungsbeschreibung, aber auch vom „Verhandlungsgeschick“ der jeweiligen Einrichtung abhängig. In der Konsequenz lässt sich vermuten, dass hier selbst innerhalb eines Bundeslandes wie Sachsen den Einrichtungen sehr unterschiedliche Kostensätze zur Verfügung stehen und dass obwohl die Hilfebedarfsgruppen eine Finanzierung doch sehr transparent erscheinen lassen sollten. Einzig und allein für den Personalschlüssel gibt es verbindliche Vereinbarungen mit dem KSV nach §75 SGB XII in Verbindung mit §79 SGB XII, welche in Sachsen einheitlich sind und auch regelmäßig von der Heimaufsicht kontrolliert werden. So stehen folgende Personalschlüssel für die entsprechende Hilfebedarfsgruppe zur Verfügung:

- Hilfebedarfsgruppe 1: 1:10
- Hilfebedarfsgruppe 2: 1:5,3
- Hilfebedarfsgruppe 3: 1:3,5
- Hilfebedarfsgruppe 4: 1:2,6
- Hilfebedarfsgruppe 5: 1:2,1

Es ist jedoch anzumerken, dass sich in der Realität für einen Betroffenen beispielsweise mit der HBG 5 kaum eine 1:2 Betreuung realisieren lässt, da der Schlüssel für eine 24 Stunden Betreuung gilt und dem Personal auch beispielsweise Jahresurlaub zusteht. Da sich Personalschlüssel wie auch der Inhalt und Umfang von Leistungen in Wohnstätten für geistig behinderte Menschen nach dem Metzler- System orientieren, ist es sinnvoll einen Blick auf den möglichen Leistungsumfang der älteren Menschen im Bereich des Wohnens gewährleistet werden kann, zu werfen. Inhaltlich definiert das H.M.B.- Verfahren dabei folgende Ziele:

- **Alltägliche Lebensführung** (Einkaufen, Zubereiten von Zwischenmahlzeiten, Zubereiten von Hauptmahlzeiten, Wäschepflege, Ordnung im eigenen Bereich, Geld verwalten, Regeln von finanziellen und (sozial) /rechtlichen Angelegenheiten)

- **Individuelle Basisversorgung** (Ernährung, Körperpflege, Toilettenbenutzung, persönliche, Hygiene, Aufstehen / Zu Bett gehen, Baden / Duschen, Anziehen / Ausziehen)
- **Gestalten sozialer Beziehungen** (im unmittelbaren Nahbereich, in Freundschaften / Partnerschaften, zu Angehörigen)
- **Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben** (Eigenbeschäftigung, Teilnahme an Freizeitangeboten, Begegnung mit sozialen Gruppen, Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche, Entwicklung von Zukunftsperspektiven, Lebensplanung)
- **Kommunikation und Orientierung** (Kompensation von Sinnesbeeinträchtigung, Zeitliche Orientierung, Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung, Räumliche Orientierung in fremder Umgebung und Verkehrssicherheit)
- **Emotionale und psychische Entwicklung** (Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen, Bewältigung negativer Symptome (Apathie, Interesselosigkeit), Bewältigung paranoider oder affektiver Symptomatik, Selbst- und fremdgefährdende Verhaltensweisen)
- **Gesundheitsförderung** (Ausführen ärztlicher, therapeutischer Verordnungen, Absprache und Durchführung von Arztterminen, Spezielle Pflege, Überwachung der Gesundheit, Gesundheitsfördernder Lebensstil)
- (vgl. Metzler 2000)

Vergleicht man die Bedarfslagen älterer Menschen mit Behinderung aus Kapitel 6.1 so wird eindeutig klar, dass ein Großteil dieser mit den Hilfebedarfs- Zielen des H.M.B.- Verfahrens übereinstimmen. Nur ein wichtiger Punkt ist diesem System nicht erfasst: das Vorhandensein und die Notwendigkeit einer internen Tagesstruktur bzw. einer sinnstiftenden Tagesgestaltung. Das verdeutlicht noch einmal den Zweck des Systems. Es ist für den *Bereich Wohnen* gedacht, eine interne Tagesstruktur steht nicht im Mittelpunkt. Zwar weist Metzler in ihrer Erläuterung des Systems auf die Beachtung von altersspezifischen Faktoren bei der Beurteilung der HBK hin, inhaltlich findet die Gruppe der älteren Menschen aber fast keine Beachtung. Das wird besonders bei der Betrachtung der in Kapitel 3.2 dargestellten notwendigen Kompetenzförderung- und -erhaltung der älteren Menschen deutlich. Betrachtet man die dabei von Theunissen geforderten vier

Schwerpunkte einer ganzheitlich organisierten Alltagsbegleitung älterer Menschen im Rahmen des institutionellen Wohnens, wird dies noch einmal deutlich. *Biographisches Arbeiten* und *Psychosoziale Lebenshilfe und Begleitung beim Sterben* finden kaum Raum in den beschriebenen Hilfebedarfszielen. Die Finanzierung (durch Tagessätze) nach Metzler bildet jedoch die Grundlage für die Unterstützungsmöglichkeiten. Es liegt die Vermutung nahe, dass eine alters- und bedarfsgerechte Unterstützung im Förderbereich *Wohnen* für alte Menschen nur mit Einschränkungen möglich ist. Hier müsste im Idealfall der Bedarf einzeln mit dem Kostenträger ausgehandelt werden. Da diese Kostensatzverhandlungen relativ langwierig und aufwendig sind, kann man diese nicht kurzfristig durchführen. Deshalb ist die Beschäftigung der Institutionen mit der Thematik der alten Menschen noch einmal umso wichtiger, um längerfristig konzeptionelle Planungen durchführen zu können, um diese dann auch bei Kostensatzverhandlungen einzubringen, um notwendigen personellen Spielraum zu haben.

Eine weitere Herausforderung für die Wohnstätten, stellt die *Pflege- und Grundversorgung* der älteren Menschen mit erhöhtem altersbedingtem Pflegebedarf dar. Denn auch diese ist in der Finanzierung durch das Metzler-Verfahren so nicht vorgesehen. Zwar möchten die großen Wohlfahrtsverbände, die sich in der Behindertenhilfe engagieren, den alten Menschen mit einer geistigen Behinderung ein lebenslanges Wohnrecht gewährleisten (der Bundesverband der Lebenshilfe legt das beispielsweise in seinem Grundsatzprogramm fest), in der Praxis gibt es dazu jedoch gegenteilige Entwicklungen. Einerseits scheinen Wohneinrichtungen mit hohem Pflegebedarf für Menschen mit einer geistigen Einschränkung wieder in reine Pflegeheime verwandelt zu werden (vgl. Kapitel 2). Andererseits kommt es zu Umzügen der Betroffenen in ein Altenpflegeheim, wenn der Pflegeaufwand in der Wohnstätte nicht mehr abgesichert oder finanziert werden kann. Hier besteht jedoch die Gefahr, dass diese Menschen ohne spezielle Fördermaßnahmen lang und mühsam erlernte Kompetenzen einbüßen und so ein hohes Maß an Selbstständigkeit verlieren. Die notwendige heilpädagogische Expertise ist in den Einrichtungen der Altenpflege schlicht und einfach (noch) nicht vorhanden. Dabei ist das Hauptproblem der Absicherung von Pflegeleistungen wohl die so genannte *Schnittstellenproblematik*. Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der

Pflege stehen nicht in einem Vorrang- Nachrangverhältnis, sondern gleichwertig nebeneinander (vgl. Landespflegeausschuss Freistaat Sachsen 2011, 18). In Einrichtungen der Eingliederungshilfe übernehmen die Pflegekassen für Leistungsberechtigte mit einer Pflegestufe zur Abgeltung von pflegebedingten Aufwendungen zehn von Hundert des vereinbarten Heimentgelts bis max. 256 € pro Monat zur Verfügung (vgl. ebd.). Dabei orientiert sich die Zuordnung der leistungserbringenden Einrichtung zur Eingliederungshilfe oder als Pflegeeinrichtung, welche Leistungen im Vordergrund stehen. (vgl. ebd.). Eigene Recherchen und Nachfragen bei Einrichtungen der Eingliederungshilfe ergaben in der Praxis jedoch ein anderes Bild. Dort versicherte man, dass der KSV Sachsen nach dem Nachrangigkeitsprinzip von Leistungen der Sozialhilfe, die beschriebenen Leistungen von dem vereinbarten Kostensatz wieder abziehen würde. Somit hätten die Wohnstätten keine Mittel zur Verfügung um einen erhöhten Pflegebedarf in ihren Einrichtungen auszugleichen. Selbst wenn der Betrag von 256€ zur Auszahlung käme scheint dieser nicht viel Spielraum zur Abdeckung von Pflegeleistungen zu bieten. So ist die Tatsache leicht zu erklären, dass es doch zu „Abschiebungen“ von Menschen mit einer geistigen Behinderung in reine Altenpflegeeinrichtungen kommen kann. Die einzige Möglichkeit, welche den Einrichtungen im Rahmen der Regelfinanzierung bleibt, ist den alten, pflegebedürftigen Menschen in die höchste Hilfebedarfsgruppe mit den höchsten Kostensätzen einzugruppieren. Aber auch das scheint keine Lösung der Problematik darzustellen. Nach eigenen Versuchen mit dem Punktesystem der Metzler Einstufung, ist es sehr schwierig, einen Menschen nach Hilfebedarfsgruppe 5 zu kategorisieren. Erhebungen in der Behindertenhilfe bestätigen diese Vermutung zusätzlich. In der Behindertenhilfe werden kaum Menschen versorgt, die in der Metzler- Systematik in der Hilfebedarfsgruppe 5 eingeordnet sind (vgl. Kraft 2006, 196). Stellt man in der Erhebung beispielsweise ausschließlich den Hilfebedarf C fest (stellvertretende Ausführung/ Begleitung) erhält man im Ergebnis nur die Hilfebedarfsgruppe 4. In Bereichen wie Emotionale und psychische Entwicklung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass hier Manifestationen psychischer Erkrankungen, oder nur tiefgreifende psychische Beeinträchtigungen im Mittelpunkt dieses Bereiches stehen. Hilfebedarfsfeststellungen führen deshalb auch hier häufig nur zu einer Kategorisierung nach HB A (keine Hilfe erforderlich/ gewünscht). Da das Metzler

System alle Lebensbereiche im Wohnen erfasst müsste also sehr häufig ein Hilfebedarf D für intensive Hilfestellung oder umfassende Hilfestellung angekreuzt werden. Diese exemplarischen Versuche und Betrachtungen zeigen das es eher unrealistisch ist, einen älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung welcher zusätzlich einen erhöhtem Pflegebedarf benötigt, in der Hilfebedarfsgruppe 5 zu kategorisieren. Wohnstätten können also mit der Eingruppierung eines Bewohners in die HBK 5 kaum einen durch Pflege verursachten, erhöhten Leistungsaufwand darüber „abzufangen“. Hier wird noch einmal deutlich, dass das H.M.B. – Verfahren nur für den Bereich Wohnen entwickelt wurde, welches den alten Menschen mit einer Behinderung und seiner bedarfsgerechten Unterstützung nicht in den Mittelpunkt des beschriebenen Unterstützungsbedarfes stellt. Die Vermutung liegt nahe, dass das System für diesen Zweck der Finanzierung von stationären Einrichtungen, so wie es in Sachsen benutzt wird, nicht explizit entwickelt wurde. Das stellt die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Konsequenz natürlich vor eine besondere Herausforderung. Einerseits will man den alten Menschen ein möglichst selbstbestimmtes Leben bis ins hohe Alter gewährleisten, andererseits bestehen in Sachsen finanzielle Rahmenbedingungen, die zusätzliche erforderliche Leistungen in der Regel nicht ohne weiteres abdecken. Auch hier scheint es wichtig, dass sich die Einrichtungen längerfristig auf die sich verändernden Bedingungen einstellen und die Träger im Rahmen von Kostensatzverhandlungen versuchen, optimale finanzielle Bedingungen für ihr älteres Klientel auszuhandeln. Das erfordert jedoch auch eine konzeptionelle Anpassung aller Angebote. Nur wer in Zukunft solche Leistungen in den Einrichtungen auch beschreibt, kann dem Kostenträger klar machen, dass diese Bedarfe der älteren Menschen bestehen. Es bestehen Chancen, dass man Rahmenbedingungen die man so nicht kurzfristig über das Metzler- System realisieren kann, so finanziert bekommt. Und nur wenn Wohnstätten wichtige Grundlagen wie erhöhte Pflege- und Grundversorgung, Biographisches Arbeiten und Psychosoziale Lebenshilfe und Begleitung beim Sterben auch finanzieren und anbieten können, erhöhen sie die Chancen auf größtmögliche Selbstbestimmung ihrer Bewohner erheblich.



## **6.2 Altersspezifische Wohnangebote, Übergangsphasen und tagesstrukturelle Maßnahmen**

Wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, haben Driller und Pfaff drei Hauptschwerpunkte zur Förderung und Erhaltung der Kompetenzen älterer Menschen mit geistiger Behinderung herausgearbeitet. Sie fordern dabei, dass altersspezifische Wohnangebote geschaffen werden müssen, der Übergang zwischen Berufstätigkeit und Ruhestand abzumildern ist, sowie die Kompetenzen der Bewohner und deren Selbstständigkeit weiterhin zu fördern wäre. Diese letzte Forderung lässt sich mit Theunissens viertem Schwerpunkt einer ganzheitlich organisierten Alltagsbegleitung durch eine sinnvolle Alltags- und Freizeitgestaltung in Verbindung bringen (vgl. Kapitel 6.1).

Da der Übergang von einer Beschäftigung (WfbM- Tätigkeit) in den Ruhestand eine nicht zu unterschätzende Phase bei Menschen mit einer Behinderung ist, herrscht bei den Betroffenen oft eine große Verunsicherung nach dem Ausscheiden aus der Werkstatt. Nach Möglichkeit sollte der Übergang zwischen beruflicher Tätigkeit in der Werkstatt und Ruhestand gleitend erfolgen, soziale Kontakte zur ehemaligen Wirkungsstätte sind dabei zu erhalten (vgl. Kapitel 3). Um solch günstige Rahmenbedingungen zu schaffen, stehen die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ebenfalls vor neuen Herausforderungen. Um eine Übergangsphase für die alten Menschen zu gewährleisten, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Zum einen besteht die Möglichkeit, dass die Senioren die den Ruhestand noch nicht erreicht haben, in den Werkstätten eine Arbeitsgruppe besuchen, die sich ihren speziellen Bedürfnissen anpasst. Eine zweite Möglichkeit, die aufgrund des gleitenden Übergangs in den Ruhestand zu favorisieren wäre, bestünde in der Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung in den Werkstätten, ausgerichtet nach der Belastbarkeit des Menschen. Diese Möglichkeit hätte den Vorteil, die zukünftigen Ruheständler in ein ganzheitlich organisiertes tagesstrukturelles Angebot langsam zu integrieren. Für diese Frage ist jedoch der Punkt der Finanzierung bisher nicht eindeutig geregelt. Der KSV Sachsen unterscheidet in seinen Tagessätzen nur nach interner und externer Tagesstruktur. Das stellt die Wohnstätten natürlich vor das Problem der Absicherung einer Betreuung, wenn die Senioren nicht den ganzen Arbeitstag in der Werkstatt für behinderte Menschen verbringen. Hier entstehen Finanzierungslücken, die nur auf Kosten des gesamten Klientels der Wohnstätte

kompensiert werden können. Ein Klärungsbedarf seitens der Kostenträger scheint unabdingbar. Die Wohnstätten haben an dieser Stelle nur eingeschränkte Möglichkeiten, bedarfsgerechte Rahmenbedingungen zu leisten, und müssen darauf hoffen, dass die Werkstätten die Anforderungen der Übergangsphase ausfüllen. Um das zu gewährleisten, ist natürlich eine gute Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten von größter Wichtigkeit.

In Bezug auf die Schaffung altersspezifischer Wohnangebote von Wohnstätten, soll hier vor allem die Möglichkeit erwähnt werden, einzelne Wohnbereiche der Einrichtungen für die Klientel der älteren Menschen zu spezialisieren. Es besteht die Möglichkeit, älteren Menschen, die ähnliche Bedarfe haben, ein gemeinsames Wohnumfeld zu bieten. So kann man einem Generationenkonflikt von vornherein aus dem Weg gehen und Personal gezielt für diese Arbeit mit den alten Menschen schulen. Angebote können spezifisch auf die Bedarfe dieser alten Menschen ausgerichtet werden. Erhöhte Kosten entstehen dadurch nicht. Es ist hierbei nur eine langfristige organisatorische Planung nötig. Der Rahmen einer Wohnstätte sollte dabei dennoch so gestaltet werden, dass eine Separierung weitestgehend vermieden wird. Natürlich wird die Umsetzung nur allmählich realisiert werden können, da gegenwärtig nur ein vergleichsweise geringer Teil das Rentenalter erreicht hat. Dennoch sollten sich die Einrichtungen der Behindertenhilfe mit diesen Umstrukturierungen schon jetzt beschäftigen, da diese Optimierungen der Wohnbedingungen eine lange Planung voraussetzen, und optimale Rahmenbedingungen einer ganzheitlich auf alte Menschen abgestimmten Alltagsbegleitung gehen mit einem großem Maße an Selbstbestimmung einher.

Wie eingangs erwähnt, stellt vor allem die Schaffung einer kompetenzfördernden Alltagsbegleitung einen wesentlichen Teil des angesprochenen altersspezifischen Wohnangebots dar. Mit dem Ruhestand sollte dann ein sinnvolles und anregendes tagesstrukturelles Angebot den Tag ausfüllen. Wie jedoch schon bemerkt wurde, wird ein tagesstrukturelles Angebot nicht nach dem Hilfebedarf des Metzlersystems geregelt und finanziert, sondern die bedarfsgerechte Betreuung am Tag wird individuell mit jeder Einrichtung vom KSV ausgehandelt. Das bedeutet jedoch auch das hier erneut große Unterschiede zwischen den Einrichtungen in der finanziellen Realisierbarkeit einer solchen Tagesbegleitung zu erwarten sind. Eine fehlende oder mangelhaft aufbereitete tagestrukturelle Konzeption der Institution kann hier leicht zu Einschränkungen bei der

Unterstützung der älteren Menschen führen. Im Falle von nur wenigen alten Menschen in einer Wohnstätte wird es zudem schwierig, diese einfach in eine vorhandene Tagesstruktur ohne eine bedarfsgerechte Begleitung und Unterstützung zu integrieren. Eine Möglichkeit, diese nicht optimalen Rahmenbedingungen zu verbessern, wäre die Nutzung des persönlichen Budgets. Gerade hier bietet sich die Finanzierung der Unterstützungsleistungen an, da tagesstrukturelle Leistungen von allen anderen Leistungen abgegrenzt werden können (trotz einer ganzheitlichen Tagesstruktur). Die Nutzung des persönlichen Budgets im normalen Wohnangebot einer Wohnstätte könnte hingegen eher zu Schwierigkeiten führen, da es hier zu einer Durchmischung von Leistungen und auch Anbietern kommt und Institutionen der Behindertenhilfe noch sehr auf eine planbare Regelfinanzierung vertrauen und deshalb Bedenken wegen Leistungseinschränkungen haben. „Eine umfängliche Ausweitung der Budgetleistungen würde in diesem Fall zu einer grundlegenden Umstrukturierung des Einrichtungsangebotes in Richtung einer umfassenden Kürzung der Sachleistungen führen und wäre letztlich mit der Auflösung der Einrichtung in der aktuellen bestehenden Form verbunden“ (Schlebowski 2009 zit. n. Dibowski 2010, 97).

Das am 01. Januar 2008 in Kraft getretene Persönliche Budget sichert seitdem allen leistungsberechtigten Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen im Sinne von §2 SGB IX, einen Anspruch auf Leistungserbringung in Form einer Geldleistung zu (vgl. Dibowski 2010, 16). Dabei handelt es sich um eine alternative Form zur Gewährleistung von Leistungen der Teilhabe (vgl. ebd.). „Das persönliche Budget versteht sich als ein fester Geldbetrag, welcher für einen bestimmten Hilfebedarf gezahlt wird und die Leistungsberechtigten dazu ermächtigt, selbstorganisiert und selbstbestimmt ihre Bedarfe zu decken“ (Welke 2007, zit. n. Dibowski 2010, 16). Ziel der Bundesregierung war es dabei, den Menschen mit einer Behinderung eine bessere Möglichkeit eines selbstbestimmten Lebens bieten zu können. Jeder sollte dabei selbst entscheiden, wo und wann und vor allem bei wem er eine Hilfeleistung in Anspruch nimmt (vgl. KSV Sachsen). Außerdem soll das in SGB IX verankerte Wunsch- und Wahlrecht damit gestärkt werden (vgl. Dibowski 2010, 17).

Der Einsatz des persönlichen Budgets als „Instrument für mehr Selbsthilfe und Selbstbestimmung“ sollte hier noch besser eine bedarfsgerechte Betreuung in einer tagesstrukturellen Maßnahme für älteren Menschen absichern. Dennoch stellt dieses Instrument auch eine Forderung an den Budgetnehmer. Er muss seine benötigten Leistungen selbst einkaufen. Er kann sie selbst bestimmen. Hier werden sich Mitarbeiter und Einrichtungen von ihrem Fürsorgegedanken lösen und den Paradigmenwechsel bis zur Selbstbestimmung auch leben müssen (vgl. Dibowski 2010, 104). Sie sollten ihren älteren Klienten, welche nun als klare Auftraggeber auftreten, Handlungsspielräume geben und ihnen ein aktives Handeln ermöglichen (vgl. ebd.). Aus diesem Grund ist es enorm wichtig, dass eine Budgetassistenz und eine Beratungsstruktur zur Verfügung steht, da Menschen mit einer geistigen Behinderung oft ein großes Maß an Unterstützung benötigen. Sollten diese Bedingungen erfüllt sein, stellt das persönliche Budget sicherlich eine gute Alternative zum normalen Leistungsumfang eines tagesstrukturellen Angebots in Wohnstätten dar. Sollte der angesprochene Paradigmenwechsel tatsächlich gelebt werden, ist diese Art der Hilfeleistung perspektivisch gesehen auch für Wohnstätten eine Alternative. Natürlich muss hier ein völliges Umdenken zur bisherigen Leistungserbringung erfolgen. Dennoch sind Möglichkeiten wie das Persönliche Budget ein weiterer Baustein für ein selbstbestimmtes Leben (nicht nur für ältere Menschen) in Wohnstätten der Behindertenhilfe. Aber gerade die Flexibilität der damit verbundenen Leistungserbringung vermag die Bedarfe der alten Bewohner eher abzudecken, als das doch sehr in seiner Betrachtungsweise begrenzte H.M.B.- Verfahren.

### **6.3 Möglichkeiten von Interdisziplinarität und sozialer Arbeit**

#### **6.3.1 Interdisziplinarität**

Wenn Menschen mit geistiger Behinderung älter werden, entstehen zwangsläufig Schnittstellen zwischen dem Unterstützungs- und Betreuungssystem der Behindertenhilfe, der Altenhilfe und auch dem sozialen Netzwerk von Freunden und Angehörigen (vgl. Driller, Pfaff 2006, 107). Dabei wird man sich auf der personellen Ebene zukünftig mit gerontologischen und pflegerischen Fachkenntnissen auseinandersetzen müssen (vgl. ebd.). Ergänzend dazu stellt die veränderte Sichtweise des Bewohners als Kunden völlig neue Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter von Wohnstätten. Vor allem kommunikative

Fähigkeiten, aber auch Aushandlungsstrategien und Konfliktlösungsstrategien werden zukünftig nötig sein (vgl. Häussler-Sczepan 1998, 163, zit. n. Driller, Pfaff 2006, 103). Betrachtet man diese veränderten Anforderungen an das Personal einer Wohnstätte, in der auch ältere Menschen leben, scheint der theoretische Ansatz der Interdisziplinarität eine notwendige Voraussetzung, um den Bedürfnissen der alten Menschen gerecht zu werden. Interdisziplinarität stellt den Anspruch, einen Austausch zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen zu gewährleisten, um beispielsweise keiner Objektivierung von Menschen mit Behinderung durch einen partikularistischen wissenschaftlichen Zugang zu forcieren (vgl. Dalferth 2007, 183). Gerade im Kontext der Inklusion gilt Interdisziplinarität als unverzichtbare Voraussetzung, um eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen mit Behinderung nicht zu aus den Augen zu verlieren (vgl. ebd.). Dabei soll jedoch keine Sichtweise der jeweiligen Fachdisziplin aufgegeben werden, sondern es soll ein fachlicher Diskurs und eine geregelte Form der Kooperation, die einen Problemsachverhalt ins Zentrum stellt, im Mittelpunkt stehen (vgl. ebd.). Im thematischen Kontext von alten Menschen mit einer Behinderung in Wohnstätten würde das bedeuten, dass Berufsfelder aus der Behindertenhilfe, aus der Altenhilfe aber auch aus der sozialen Arbeit zusammenarbeiten, um den Bedürfnissen der alten Menschen mit einer geistigen Behinderung gerecht zu werden. Die dringende Notwendigkeit der Fort- und Weiterbildung mit Wissen aus dem jeweiligen „fremden“ Fachgebiet steht dabei außer Frage. Auch der Diskurs mit den anderen Berufsgruppen scheint unabdingbar, könnte sich jedoch in der Praxis aufgrund fehlender Möglichkeiten schwer umsetzen lassen. Vermutlich wird jedoch jede Fachkraft eines Gebietes immer wieder an Grenzen stoßen, wenn es sich um berufsspezifisches Wissen einer anderen Profession handelt. Beispielsweise wird ein Heilerziehungspfleger nie so sicher Methoden aus der sozialen Arbeit beherrschen wie ein Sozialpädagoge. Wiederum wird ein Sozialarbeiter nie das Wissen und die Fertigkeiten eines Altenpflegers oder einer Krankenschwester haben. Deshalb wird ein interdisziplinäres Team aus verschiedenen Berufsgruppen, wohl optimale Rahmenbedingen zur Unterstützung von älteren Menschen in Wohnstätten bieten. Bei der Umsetzung solcher idealen Bedingungen könnten Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe jedoch auf ihre Grenzen stoßen. Die sächsische Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV) von 2003 legt fest, welche

Personalgruppen in Einrichtungen der Behindertenhilfe als Fachkraft gelten. Das sind laut §5 HeimPersV folgende Berufsgruppen:

- Heilerziehungspfleger/ -in
- Heilpädagogin/ Heilpädagoge
- Rehabilitationspädagoge/-in
- Sonderpädagoge/-in
- Erzieher/-in mit zusätzlicher Befähigung
- Altenpfleger/-in mit zusätzlicher Befähigung
- Krankenschwester/ Krankenpfleger mit zusätzlicher Befähigung
- Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger mit zusätzlicher Befähigung

Die Berufsgruppen ab Erzieher gelten dabei nur mit einer zusätzlichen rehabilitationspädagogischen, sonderpädagogischen oder heilpädagogischen Zusatz-ausbildung als Fachkraft. Sozialarbeiter/- innen sowie Psychologen/- innen gelten nur im Bereich der sozialen oder psychischen Betreuung als Fachkraft in Einrichtungen der Behindertenhilfe (vgl. HeimPersV 2003).

Welche Auswirkungen hat das jedoch auf ein interdisziplinäres Team? Ein solches Team wird sich nicht ohne Hindernisse in den Wohnstätten der Behindertenhilfe zusammenstellen und realisieren lassen. Zwar bietet sich die Möglichkeit, alle benötigten Berufsgruppen zu beschäftigen, jedoch nicht ohne Hindernisse. Soll ein Sozialpädagoge oder Sozialarbeiter das Team einer Wohnstätte ergänzen, so muss er im Bereich der sozialen Betreuung tätig werden. Das muss jedoch im Leistungskatalog der Wohnstätte, in der Konzeption und auch bei den Kostensatzverhandlungen mit dem Leistungsträger (KSV) schon Beachtung gefunden haben. Denn ist diese Notwendigkeit dieser sozialen Betreuung nicht Bestandteil dieser Leistungsbeschreibungen, wird es schwierig eine solche Fachkraft bei Notwendigkeit sofort zu installieren bzw. auch zu finanzieren. Wenn sich Einrichtungen der Behindertenhilfe auf die zunehmende Anzahl von älteren Menschen in ihren Einrichtungen einstellen wollen, und das müssen sie, wenn sie diesen Menschen die Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen wollen, wird es zur dringenden Notwendigkeit eine soziale Betreuung in den Wohnstätten konzeptionell vorzusehen und auch mit dem Kostenträger

auszuhandeln. Denn nur so wird es ohne Probleme möglich, einen Sozialarbeiter mit all seinen benötigtem Wissen in einem Wohnstätten Team zu beschäftigen.

Betrachtet man die Fachkräfte aus der Altenhilfe und dem Pflegebereich, wird es ebenfalls zunehmend schwerer, diese für die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zu akquirieren. Das begründet sich erstens mit der Tatsache, das Personal aus diesem Bereich nur mit einer notwendigen Zusatzausbildung als Fachkraft in Behinderteneinrichtungen beschäftigt sein kann. Und diese Ausbildung kann wohl nicht als selbstverständliche Voraussetzung angenommen werden. Hinzu kommt der zunehmende Fachkräftemangel in der Altenhilfe und im Pflegebereich. Gerade Einrichtungen im Bereich der Altenhilfe verzeichnen einen zunehmenden Personalbedarf, welcher sich kaum mehr abdecken lässt (vgl. Limmer 2011, 1). Desto mehr die Behindertenhilfe sich der zunehmenden Herausforderungen der älter werdenden Menschen annimmt, kann sie das auch hier bei zukünftigen Kostensatzverhandlungen deutlich machen und so eventuell höhere Kostensätze aufgrund höherer Bedarfe aushandeln. Auch das wird eine Grundvoraussetzung sein, um auf dem sozialen Arbeitsmarkt, auch bei Löhnen, konkurrenzfähig zu sein, um so Fachkräfte aus dem Alten- und Pflegebereich engagieren zu können.

Trotz dieser Einschränkungen und Schwierigkeiten, stellt ein Wohnstätten- Team aus den Fachbereichen der Behindertenarbeit, Altenpflege und der sozialen Arbeit eine sehr gute Möglichkeit dar, den Menschen ganzheitlich zu sehen, um ihn so auch ganzheitlich zu unterstützen. Diese Möglichkeit sollten die Einrichtungen der Behindertenhilfe nutzen, selbst wenn ungünstige rechtliche Rahmenbedingen und lückenhafte Leistungsbeschreibungen die Umsetzung eines solchen Teams nicht sofort zulässt. Denn damit kann eine Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben älterer Menschen in einer stationären Wohnstätte geschaffen werden.

### **6.3.2 Möglichkeiten sozialer Arbeit**

Bei einer individualisierten Betrachtungsweise der Arbeit mit älteren Menschen werden Methoden der sozialen Arbeit zunehmend unverzichtbar. Eine Betrachtungsweise, die sich von der Segregation entfernt und den Menschen als individuelles Objekt betrachtet, welches einem lebenslangen Lernprozess durchläuft, erlaubt es der sozialen Arbeit überall dort unterstützen und

intervenieren, wo den Fachkräften die ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung in den Wohnstätten und ambulanten Hilfsdiensten fachliche Grenzen gesetzt sind. Hier kann soziale Arbeit mit ihren Kenntnissen und Methoden (z.B. Biographiearbeit, Sterbe- bzw. Trauerbegleitung) ansetzen und eine alters- und fachgerechte Begleitung dieser eingeschränkten Menschen gewährleisten. Durch spezielle Kenntnisse in der Gerontologie, wird es so dem Sozialarbeiter zusätzlich möglich, zwischen den verschiedenen am Prozess beteiligten Begleitern zu vermitteln, um ihnen so eine veränderte Sichtweise auf den älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung anzubieten. Der Sozialarbeiter hat die Möglichkeit, alle am Prozess beteiligten Personen auf die besonderen Bedürfnisse dieser älteren Menschen zu sensibilisieren und er kann sein Handeln mit den Methoden der sozialen Arbeit ergänzen.

Aber auch bei der Unterstützung und Beratung von Familien, die einen älteren Menschen außerhalb der Behindertenhilfe betreuen, kann soziale Arbeit die Menschen in dieser Lebensphase begleiten. Dabei ist er nicht durch den Rahmentagestruktureller Maßnahmen begrenzt, sondern er kann auch bei der Gruppenarbeit (-aktivitäten) in der Freizeit den alten Menschen in dieser Lebensphase unterstützen. Neben der direkten Arbeit am Menschen besteht natürlich noch die Möglichkeit, der Leitung und Koordinierung einer Einrichtung der Behindertenhilfe. Bei Leitungstätigkeiten gibt es keinerlei Einschränkung hinsichtlich der Heimpersonalverordnung. Der Sozialarbeiter ist in jedem Fall als Fachkraft anerkannt. Hier kann er vor allem durch seine Kompetenz in Rechtsfragen, die im Bereich der Sozialgesetzbücher angesiedelt sind, das Team hervorragend ergänzen.

Im Folgenden werden einige wichtige Arbeitsmittel und Methoden sozialer Arbeit dargestellt und erläutert, die besonders im Kontext der Arbeit mit älteren Menschen mit Behinderung wichtig sind. Dieser kurze Exkurs kann jedoch nur eine kleine Auswahl darstellen, welche Möglichkeiten ein Sozialarbeiter in der Arbeit mit alten Menschen mit einer geistigen Behinderung hat.

### **6.3.2.1 Biografiearbeit**

Für eine lange Zeit war die fachliche Diskussion um ältere Menschen mit geistiger Behinderung erstaunlich bedeutungslos, aber die veränderte Sichtweisen auf diese Menschen hat dazu geführt, sie und ihre Lebensgeschichte ernst zu nehmen



(vgl. Fechtner 2008, 39). Biografiearbeit hat dabei nicht nur die Bedeutung, sich an das vergangene Leben zu erinnern, sondern sie schafft auch Möglichkeiten sich Gedanken für die zukünftige Lebensgestaltung zu machen. Daran wird ersichtlich, dass diese Dimension nicht vom Thema Selbstbestimmung zu trennen ist (vgl. ebd.). Trotz dieser Wichtigkeit sind in der Behindertenarbeit kaum Freiräume vorhanden, diese Methode einzusetzen. Durch Dokumentationspflicht und Qualitätsvereinbarungen, wovon vieles sicherlich seine Berechtigung hat, ist ein sehr „geregeltes System“ entstanden. Vieles ist dabei zeitlich geregelt oder eingegrenzt. „Biografiearbeit funktioniert aber anders: Zufälle, günstige Gelegenheiten und die Bereitschaft des Betroffenen spielen eine erhebliche Rolle“ (Fechtner 2008, 38). Auch in Fördermaßnahmen nach Metzler, findet Biografiearbeit kaum Raum. In der Folge hat der Mensch mit einer Einschränkung einzig dann die Möglichkeit, seine Biografie aufzuarbeiten, wenn ein Mitarbeiter persönliches Interesse daran hat. Wie qualifiziert das dann geschieht, ist weiterhin fraglich. Denn das Thema wird beispielsweise in der Fachausbildung der Heilerziehungspflege nicht abgehandelt (vgl. ebd.). Es ist wichtig, dass sich soziale Arbeit versucht, diese wichtige Dimension zu erschließen. Findet dieser methodische Ansatz bei Menschen mit einer Einschränkung seine Anwendung, ist dies natürlich eine besondere Herausforderung. Die besondere Schwierigkeit bei der Biografiearbeit mit diesen Menschen ist wohl ihre eingeschränkte Mitteilungskompetenz. Wir müssen versuchen ihnen genau zuzuhören, was sie uns mitteilen wollen und müssen das dann richtig verstehen und interpretieren. Dafür ist oft viel Kreativität gefragt, aber auch die Zeit muss dafür gegeben sein. Grundsätzlich gilt zu sagen das sich Biografiearbeit aus Alltäglichkeiten erschließen lässt und sie viel Vertrauen bedarf. Die Fähigkeit auf Besonderheiten einzugehen, Bilder zu betrachten oder Lieder zu singen, eröffnen oft viele Möglichkeiten. Man sollte geeignete Momente nutzen oder auch heikle Themen erkennen. Geduld, Empathie und Kreativität sind dafür wichtige Komponenten. Zahlreiche Hilfsmittel können zudem die Biografiearbeit erleichtern. Durch die reelle Nachbildung alter Wohnungen, durch alte Fotobände und Bilder und durch alte Filme und Lieblingssessen kann der Einstieg ins Erzählen erleichtert werden. Da die Lebensgeschichte vieler Menschen mit einer geistigen Behinderung durch Erfahrungen mit großen Institutionen mit Schlafsälen und Bedingungen, die keine Individualisierung des Menschen zuließen, geprägt sind, wäre es denkbar mit den

Menschen zu den Stätten ihrer damaligen Unterbringung zurück zu gehen. Dabei muss sehr sensibel mit Erinnerungen umgegangen werden. Hier wird man große Anregungen für die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit finden (vgl. Fechtner 2008, 40).

Wenn es uns, nicht nur als Sozialarbeiter, gelingt mit den älteren Menschen mit einer Behinderung ihre Lebensgeschichte aufzuarbeiten, ermöglichen wir ihnen, ihre eigene Identität zu finden. Dies ist die Voraussetzung dafür zu wissen, was diese Menschen gerade im Alter wollen. Nur so ist die Selbstbestimmung auch im Alter garantiert und ihre seelische und körperliche Gesundheit gestärkt.

### **6.3.2.2 Sterbe- und Trauerbegleitung**

Die Begleitung im Alter heißt auch Unterstützung beim Sterben und bei der Trauer. Vor allem im Alter „... heißt es Abschied nehmen von langjährig vertrauten Personen, von Menschen, die sterben, von Lebensplänen wie auch vom Leben selbst“ (Hoffmann 2002, 125). Sozialarbeiter können auch bei der Trauerarbeit und Sterbebegleitung wichtige Impulse geben und diese kompetent begleiten. Oft kann diese nur mit Unterstützung dieser Profession ausgeführt werden, da die Ausbildung von Berufsfeldern wie z.B. der Heilerziehungspflege keine oder nur wenig derartige Kenntnisse vermittelt. Grundsätzlich ist zu beachten, dass über Themen wie Sterben, Tod und Trauer mit den Menschen mit einer geistigen Behinderung schon vor Beginn der letzten Lebensphase gesprochen werden sollte. Dem Gespräch über die Thematik sollte nicht ausgewichen werden. Hierbei sollte nur versucht werden, einen günstigen Zeitpunkt dafür zu finden. Trotz der häufig eingeschränkten Mitteilungskompetenz von Menschen mit einer geistigen Behinderung, sollte versucht werden, den alten Menschen ernst zu nehmen, ihn zu verstehen und ihm zuzuhören. Das Gespräch sollte offen enden, so dass das Gegenüber immer die Möglichkeit hat, zu einem späteren Zeitpunkt die Konversation fortzuführen und eventuell weitere Fragen zu stellen. Wenn der Tod eines Familienangehörigen, Mitbewohners oder Bekannten ansteht, sollte es nicht versäumt werden rechtzeitig mit dem älteren Menschen darüber zu sprechen. Um Menschen mit einer geistigen Behinderung Leben und Tod erfahrbar zu machen, sind das bewusste Erleben des Jahresverlaufes, das Werden und Vergehen in der Natur aber auch Besuche und Gespräche auf dem Friedhof sehr hilfreich. Auch Geschichten und Filme über den Tod sind wichtig den selbigen zu verstehen.

Auch die im voran gegangenen Kapitel beschriebene Biografiearbeit nimmt dabei einen wichtigen Teil ein. Der Sozialarbeiter kann sich gemeinsam mit dem älteren Menschen Zeit zum Trauern zu nehmen, Abschiede bewusst zu gestalten und Möglichkeiten zum Erinnern zu finden, sind für Menschen mit einer geistigen Behinderung eine Möglichkeit mit Sterben und Trauer umzugehen.

### **6.3.2.3 Lebensbegleitung von alten Menschen mit Demenz**

22% der über 65jährigen Menschen mit einer geistigen Behinderung weisen die Zeichen einer demenziellen Erkrankung auf. (vgl. Lund 1985, zit. n. Kranich 2009, 3). Bei Menschen mit Down- Syndrom ist die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken erheblich erhöht. Hier müssen 56% der über 60jährigen mit den Symptomen einer Demenz leben (vgl. MOSS 1997, zit. n. Kranich 2009, 3). Die Verluste, die mit dieser Einschränkung einhergehen, sind kaum von denen von Menschen ohne Behinderung zu unterscheiden. So können Bereiche wie Orientierung, Gedächtnis, Sprache, Motorik sowie alltagspraktische Fähigkeiten verloren gehen. Aufgrund des zeitigen, oft gehäuften Auftretens einer Demenz bei älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung ist es immens wichtig, diese frühzeitig zu diagnostizieren, um darauf mit Therapie oder angepassten Betreuungsmaßnahmen reagieren zu können. Aufgrund eines ähnlichen Erscheinungsbildes kann es jedoch sehr schwierig sein, die auftretende Demenz von einer geistigen Behinderung zu unterscheiden (vgl. Meins 1995, zit. n. Kranich 2009, 5). Hinzu kommt, dass es standardisierte Diagnoseinstrumente für die Feststellung einer Demenz bei einem Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland faktisch nicht gibt. Das Fehlen solcher Instrumente zieht die Gefahr nach sich, dass man Demenz erst erkennt, wenn schon erhebliche Defizite auftreten. (vgl. Ackermann 2009). Wenn jedoch Demenz bei einem älteren Menschen erkannt wird, gilt es umgehend zu intervenieren, um einen für den Betroffenen günstigeren Krankheitsverlauf zu erreichen. Um seine Kompetenzen zu erhalten, wird es oft notwendig, das Umfeld (die Institution, das Lebensmilieu) des Erkrankten an seine veränderten Bedürfnisse anzupassen. Das Aufrechterhalten einer „Wertvollen Kommunikation“ sollte dabei als äußerst wichtig angesehen werden. Ziel sollte es hierbei sein, bis in die späten Phasen der Demenz, auch wenn dies nur sehr eingeschränkt möglich ist, mit dem älteren Menschen zu kommunizieren. Individuell gestaltete Gedächtnisstützen sowie die

hier schon öfter angeführte Biografiearbeit (Milieugestaltung, Gruppenarbeit) gewinnen bei der Begleitung von dementen Menschen mit einer geistigen Behinderung eine besondere Bedeutung. Hier besitzt der Sozialarbeiter eine besondere Kompetenz, mit der er diesen Prozess unterstützen kann. Soziale Arbeit hat natürlich auch die Möglichkeit, Helfer zu unterstützen, die Demenzkranke begleiten. Hier gilt es mit allen beteiligten Helfern in der Institution (aber auch Angehörigen) zu arbeiten, dass diese die enorme psychische und physische Belastung ertragen können (vgl. Schirbort 2002, 163).

André Tunger

## 7 Fazit und Perspektiven

*„Der zuverlässigste Weg, in die Zukunft zu sehen, ist das Verstehen der Gegenwart...“*  
John Naisbitt

Ein selbstbestimmtes Leben für alte Menschen mit einer geistigen Behinderung ist seit dem Paradigmenwechsel vom Normalisierungsprinzip bis hin zur Inklusion nicht mehr nur eine Idee. Die Behindertenhilfe versucht Prinzipien wie Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe mit den von ihnen unterstützten Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten umzusetzen. Institutionelle und finanzielle Beschränkungen erschweren es den Einrichtungen jedoch, diesen Weg des „hochdynamischen Umbruchs“ (Theunissen 2010, 13) zu gehen. Da das Normalisierungsprinzip in Deutschland nicht konsequent umgesetzt wurde, kam es zu keiner vollständigen Deinstitutionalisierung. Dennoch veränderten sich Strukturen, welche zu einer verbesserten Lebensqualität in den Einrichtungen der Behindertenhilfe führten. Eine konsequente Umsetzung der Leitgedanken gestaltet sich in den Institutionen durchaus schwierig, da diese selbst Grenzen durch existierende Verhaltensreglements setzt (vgl. Goffmann 1981). Trotz dieser Einschränkungen durch die Institution haben die älteren Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens durch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, durch die Mitarbeit im Heimbeirat und durch die Zusammenarbeit mit Freunden und Angehörigen. In den Institutionen werden Angebote zur individuellen Förderung und Bildung umgesetzt.

Die Fachwelt setzt sich in der Theorie mit der Thematik auseinander und beeinflusst dadurch zunehmend die praktische Situation in den stationären Einrichtungen. Dennoch erschweren finanzielle Rahmenbedingungen in Sachsen die bedarfsgerechte Unterstützung der alten Menschen in Wohnstätten. Die geringe Teilnahme an unserer Befragung illustriert die Verunsicherungen der Wohnstätten in Bezug auf die fehlende praktische Erfahrung mit alten Menschen und der Schnittstellenproblematik bei der Finanzierung.

Durch die zunehmende Anzahl von alten Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Bevölkerung und somit auch in den Wohnstätten der Behindertenhilfe sorgt der damit in Verbindung stehende steigende Unterstützungsbedarf bei Pflegebedürftigkeit zunehmend für Lücken bei der

Finanzierung dieser Leistungen durch den Kostenträger. Der Erhalt und die Förderung eines selbstbestimmten Lebens wird durch eine Kompetenzerhaltung sowie Förderung im Alter dieser Menschen determiniert. Bei der Abdeckung dieser Bedarfslagen stoßen stationäre Wohnstätten auf der aktuellen Finanzierungsgrundlage in Sachsen nach Metzler auf Grenzen. Nachdem die sich verändernden Bedingungen in der Alterststruktur lange Zeit nicht ernst genommen wurden, wird jetzt deutlich, dass eine fehlende konzeptionelle Bearbeitung des Leistungsangebots der Einrichtungen zu Einschränkungen für alte Menschen in der Versorgung und Unterstützung führen kann. Hier wird es zur unbedingten Notwendigkeit, dass Einrichtungen und Kostenträger zeitnah tragfähige Konzepte entwickeln, welche eine bedarfsgerechte Unterstützung der alten Menschen in allen Lebenslagen fördern. Dabei sind die hochgesteckten Handlungsziele des Landespflegeausschusses nur Empfehlungen und für alle Beteiligten in keiner Weise bindend. Hier wären rechtliche Grundsatzregelungen wichtig. Ebenso muss besonders auf die doch recht unterschiedliche Aushandlung von Kostensätzen für vergleichbare Leistungen im Bundesland Sachsen hingewiesen werden. Einheitliche Regelungen würden hier mit Sicherheit in allen Einrichtungen bessere Grundvoraussetzungen schaffen, um beispielsweise interdisziplinäre Teams in Zeiten des Fachkräftemangels verwirklichen zu können. In der Konsequenz gilt es dabei auch eine grundsätzliche Finanzierung und Abrechnung nach dem Metzler Hilfebedarfsgruppen zu hinterfragen. Denn die Fokussierung auf eine abrechenbare soziale Dienstleistung (immer der Gedanke der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung im Vordergrund stehend) scheint zumindest sehr fraglich. Durch dieses System, welches sicherlich seine Berechtigung und Vorteile in der ganzheitlichen Förderung hat, entsteht zusätzlicher Aufwand durch Dokumentationspflicht und Qualitätsvereinbarungen. Sollten diese Maßnahmen jedoch unreflektiert umgesetzt werden, besteht die Gefahr, dass ein selbstbestimmtest Leben der Menschen nicht mehr im Fokus der Unterstützungsbemühungen steht. Dies wiederum schränkt den Freiraum für die Erfüllung der eigentlichen Bedarfslagen ein. Die zeitintensive Biografiearbeit und Trauerbegleitung der alten Menschen wird so zur Nebensache. Will man den Gedanken wie Inklusion wirklich vollständig umsetzen, ist wohl auch ein Umdenken im Dienstleitungsgedanken der Arbeit mit einem Menschen notwendig. Die Ziele des Paradigmenwechsels gehen weit über eine reine Dienstleistung

hinaus und bedürfen einem Umdenken in den Köpfen aller Menschen, um den weiteren Perspektivwechsel bis hin zur Inklusion verwirklichen zu können. Denn alle Bestrebungen die wir im Sinne der alten Menschen mit Behinderung unternehmen, führen nicht im Alleingang zu Selbstbestimmung und Inklusion. Nur ein Zusammenspiel von gegenseitigem Respekt und Achtsamkeit im Umgang miteinander hat die Chance einer erfolgsversprechenden Entwicklung der Behindertenhilfe auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe.

Die Ergebnisse der exemplarischen Befragung von Betroffenen selbst skizzieren eine Zufriedenheit der Bewohner und Bewohnerinnen mit ihrer Lebens- und Wohnsituation in ihren Einrichtungen. Offen bleibt, ob diese Zufriedenheit auch ein Stück „erlernten Bedürfnislosigkeit bzw. Hilflosigkeit“ (vgl. Theunissen 2002, S.39) sein könnte, da dieser Personenkreis das ganze Leben in Institutionen verbracht hat. Wenn wir von diesen Betrachtungen ausgehend, die Perspektive der Betroffenen einnehmen, stellt sich zwangsläufig die Frage, ob die Grundlagen eines selbstbestimmten Lebens, wie sie die Fachwelt skizziert, auch wirklich Selbstbestimmung für den einzelnen bedeutet. Deshalb sollte sich die Fachwelt immer die Maxime des Empowerment- Konzepts vor Augen halten, bei der die Aufgabe der Professionellen darin besteht Prozesse zu initiieren, welche die Menschen in die Lage versetzen, ihre Lebensumstände selbst in die Hand zu nehmen (vgl. Kapitel 2.3.2).

Möglichkeiten eines selbstbestimmen Lebens in den Wohnstätten der Behindertenhilfe sind zweifelsohne vorhanden, sie sind aber auch von begrenzenden Merkmalen gekennzeichnet. Die negativen Folgen einer Institution wird man nie komplett umgehen können. Deshalb darf auch zukünftig nicht das Ziel aus den Augen verloren werden, Institutionen komplett abzuschaffen. Andere Länder haben gezeigt, dass dies keine Unmöglichkeit darstellt. Der Anstoß dazu könnte durch eine politische Umorientierung gegeben werden, bei der nicht mehr die stationären Wohnformen favorisiert werden, sondern „kleine, gemeindeintegrierte und differenzierte Wohnformen mit ambulanten bzw. unterstützenden Diensten“ (Theunissen 2010, 64).

Nur wenn wir unsere Gegenwart mit einem realistischen und auch kritischen Blick auf Entwicklungen in der Behindertenhilfe betrachten, können wir die richtigen Wege für die Zukunft eines selbstbestimmten Lebens alter Menschen mit geistiger Behinderung beschreiten.

Sandra Ebersbach und André Tunger

# Anhang

## Fragebogen

### Fragen an die Bewohner/Bewohnerinnen

Die Befragung ist anonym. Nur wenn die Bewohnerin, der Bewohner es unbedingt will, kann der Name notiert werden.

#### **1 Ich wohne gerne hier und bin zufrieden.**

Ja  
Meistens  
Oft nicht  
Nein

#### **2 Die Mitarbeiter(innen) behandeln mich als Erwachsenen.**

Ja  
Meistens  
Oft nicht  
Nein

#### **3 Mit wem würden Sie gern zusammen leben?**

Ich würde gern  
nur mit Frauen zusammen leben,  
nur mit Männern zusammen leben,  
mit Männern und Frauen zusammen leben.

#### **4 Wenn Sie Wahlmöglichkeiten zum Wohnen hätten, wie wollten Sie dann wohnen?**

So wie jetzt  
Im Wohnheim  
In einer Außen-Wohngruppe  
Im Betreuten Wohnen  
Mit dem Freund, der Freundin zusammen  
in einer eigenen Wohnung  
Allein in einer eigenen Wohnung  
Bei den Eltern

.....  
.....

#### **5 Haben Sie Ihr Zimmer oder Ihre Wohnung selbst eingerichtet?**

Ja, vollkommen  
Teilweise  
Nein

#### **Können Sie Ihr Zimmer verändern?**

Ja  
Nein  
Weiß nicht



**6 Was machen Sie in Ihrem Urlaub?**

Ich verreise mit der Wohnstätte.

Ich verreise mit den Arbeitskolleg(inn)en.

Jedes Jahr mache ich was anderes, ich suche mir immer was aus.

Ich verreise mit den Eltern.

Ich verreise mit der Freundin/mit dem Freund.

.....

**Wie zufrieden sind Sie mit der Urlaubssituation?**

Mit dem Urlaub bin ich sehr zufrieden.

Da muss sich mal was ändern.

Welche Urlaubswünsche haben Sie?

.....

.....

**7 Was machen Sie in der Freizeit?**

Mal dies, mal das, je nachdem.

Ich faulenze richtig schön.

Fernsehen

Ich bin oft unterwegs und mache was mit anderen Leuten.

Eigentlich ist es mir zu viel, was wir immer so machen.

Ich langweile mich.

Was würden Sie in der Freizeit gern machen?

.....

.....

**8 Können Sie selbst entscheiden, wann Sie Freitag bis Sonntag zu Bett gehen?**

Ja

Nein

Manchmal

Ich möchte gern.....

**9 Haben Sie die Möglichkeit, beim Einkaufen Ihre Kleidung selbst auszusuchen?**

Ja, das mache ich ganz allein.

Manchmal suchen die Mitarbeiter(innen) mit aus.

Die Mitarbeiter(innen) entscheiden und kaufen für mich ein.

Das machen meine Eltern.

Ich möchte unbedingt.....

**10 Gibt es einen persönlichen Plan für Sie, in dem aufgeschrieben ist, was Sie sich wünschen, was Sie erreichen wollen?**

Ja

Nein

Weiß nicht

**Möchten Sie einmal mit Mitarbeiter(inne)n überlegen, wie Ihre Zukunft aussehen kann und was Sie sich vornehmen können?**

Unbedingt

Nicht so wichtig

Weiß nicht

**11 Gibt es einen Heimbeirat, der bei Entscheidungen in der Wohnstätte mitreden kann?**

Ja  
Nein  
Weiß nicht

**Ist das eine gute Idee?**

Ja  
Nein  
Weiß nicht

**Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit des Heimbeirats?**

Ich bin damit sehr zufrieden.  
Ich kenne die Arbeit des Heimbeirats nicht.  
Ich bin unzufrieden mit seiner  
Arbeit.....

**12 Wie ist Ihr Kontakt zu Ihren Angehörigen?**

Wir sehen uns oft.  
Wir sehen uns selten.  
Wir sehen uns gar nicht.

**Welche Wünsche haben Sie?**

Ich möchte mehr Kontakt  
zu meinen Angehörigen.  
Das ist mir nicht so  
wichtig.....

## Literaturverzeichnis

- Ackermann, Andreas (2006): Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung.  
[http://www.beb-ev.de/files/pdf/2006/eu\\_berlin/2006-05-04\\_Ackermann.pdf](http://www.beb-ev.de/files/pdf/2006/eu_berlin/2006-05-04_Ackermann.pdf)  
verfügbar am 10.8.2009
- Bielefeldt, H. (2006): Essay Zum Innovationspotential der UN-Behindertenkonvention. Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.).  
PDF-Version: Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)(2010):  
Altern im Wandel. 1. Auflage. Niestetal: Silber Druck oHG
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.)(2011): Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen. Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland.  
<http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a740-aktionsplan-bundesregierung.html;jsessionid=A80F0424A604E75BC93F0708DAD6B7E>  
C verfügbar am 17.11.2011
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.  
(Hrsg.)(2008):  
Wohnen im Alter. Orientierungs- und Entscheidungshilfe für die Begleitung älter werdender und alter Menschen mit Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag  
[http://www.lebenshilfe.de/wData/downloads/aus\\_fachlicher\\_sicht/WohnenimAlter.pdf](http://www.lebenshilfe.de/wData/downloads/aus_fachlicher_sicht/WohnenimAlter.pdf) verfügbar am 10.11.2011
- Bundesverband der Lebenshilfe (2012).  
<http://www.lebenshilfe.de/> verfügbar am 28.01.2012
- Dalferth, M. (2007): Interdisziplinarität. In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (182-183). Stuttgart: Kohlhammer.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011):  
Psychische und Verhaltensstörungen. Kapitel V. Intelligenzminderungen (F70-F79)  
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/block-f70-f79.htm> verfügbar am 07.11.2011
- Deutsche Rentenversicherung (2011): Reha und Rente für schwerbehinderte Menschen. 6. Auflage.  
[http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/89380/publicationFile/21265/reha\\_und\\_rente\\_schwerbehinderte\\_menschen.pdf](http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/89380/publicationFile/21265/reha_und_rente_schwerbehinderte_menschen.pdf)  
verfügbar am 28.01.2012
- Dibowski, Sarah (2010): Das persönliche Budget- konzeptionelle Überlegungen

zur Einführung in eine stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe.  
Breitenbrunn.

- Driller, E. & Pfaff, H. (2006): Soziodemografische Struktur von Menschen mit Behinderung in Deutschland. In: Krueger, Fritz & Degen, Johannes (Hrsg.): Das Alter behinderter Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Vertrag
- Fechnter, H. (2008): Tut es gut, zurückzublicken? In: Klauß, T.: Älterwerden und seelische Gesundheit. (37-41).  
<http://www.dgsgb.de/downloads/band%2018.pdf> verfügbar am 10.08.2009
- Goffman, E. (1981): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt / Main: Suhrkamp
- Goll, H. (2007): Menschenbilder. In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (220-222). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gromann, P., Niehoff, U. (2003): Kleines Handbuch zur Bewohner(innen)-Befragung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): Schöner Wohnen. Ein Instrument zur Bewohner(innen)-Befragung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag
- Gröschke, D. (2007): Normalisierung. In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (242-243). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hähner, U. (1999): Überlegungen zur Entwicklung einer Kultur der Begleitung. In: Hähner, U. / Niehoff, U. / Sack, R. / Walther, H.: Vom Betreuer zum Begleiter – Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung (121-151). Herausgegeben von der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., 3.Aufl., Marburg: Lebenshilfe Verlag.
- Häußler, M. (1996): Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten: Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“. Baden- Baden: Nomos Verl.-Ges.
- Herriger, N. (2006): Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. 3., erweiterte und aktualisierte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- Hinz, A. (2007): Integration. In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (173-174). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hoffmann, Claudia (2002): Sterbe- und Trauerbegleitung. In: Theunissen, Georg (Hg.): Altenbildung und Behinderung, S.125-138. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

- Hohmeier, J. / Mennemann, H. (1995): Paradigmenwechsel als reflexive Modernisierungs-strategie in der sozialen Arbeit. In: Neue Praxis – Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Vol. 4 (372-382).
- Kraft, Wolfgang (2006): Pflege älterer Menschen mit Behinderungen: Tendenzen-Entwicklungen- Perspektiven: In: Krueger, Fritz & Degen Johannes (Hg.): Das Alter behinderter Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag
- Kranich, Mariana: Altgewordene Menschen mit geistiger Behinderung: Zum Verhältnis von geistiger Behinderung und Demenz.  
[http://www.demenz-service-nrw.de/files/material\\_der\\_dsz/owl/Artikel%20Geistige%20Behinderung%20und%20Demenz%20Kranich.pdf](http://www.demenz-service-nrw.de/files/material_der_dsz/owl/Artikel%20Geistige%20Behinderung%20und%20Demenz%20Kranich.pdf) verfügbar am 10.8.2009
- Kremer-Preiß, U. (1998): Betreutes Wohnen in Altenwohnheimen und Altenwohnanlagen – Analyse der Betreuungsverträge. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Betreutes Wohnen und Wohnen im Heim – Rechtliche Aspekte. Expertisenband 5 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Frankfurt
- Krueger, F. & Degen J. (Hg.) (2006): Das Alter behinderter Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag
- Kruse, Andreas (2006): Kompetenzformen bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. In: Krueger, Fritz & Degen Johannes (Hg.): Das Alter behinderter Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag
- KSV Sachsen (2012): Persönliches Budget. Dresden.  
<http://www.ksv-sachsen.de/menschen-mit-behinderung/leistungen/persoeliches-budget/90-persoeliches-budget> verfügbar am 26.01.2012
- Landespflegeausschusses Freistaat Sachsen (2011): Sächsisches Gesamtkonzept zur Versorgung älterer Menschen mit Behinderung.  
<http://www.ksv-sachsen.de/home/publikationen> verfügbar am 29.11.2011
- Limmer, N. (2011). Zukunft sichern. Fachkräftemangel als Managementtherausforderung in der Sozialwirtschaft. Nürnberg.  
[http://www.abafachverband.org/fileadmin/user\\_upload/2011\\_user\\_upload/professionalitaet/Ergebnisse\\_BA-Fachkräftemangel.pdf](http://www.abafachverband.org/fileadmin/user_upload/2011_user_upload/professionalitaet/Ergebnisse_BA-Fachkräftemangel.pdf) verfügbar am 27.01.2012
- Metzler, H. (2000): Hilfe für Menschen mit Behinderung (HMB- Verfahren zur Bildung von Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs. Tübingen.
- Metzler, H., Wacker, E. (2005): Behinderung. In: Otto, H.-U., Thiersch, H. (Hrsg.):

Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 3. Auflage (118-139). München: Ernst Reinhardt

Niehoff, U. (1999): Grundbegriffe selbstbestimmten Lebens. In: Hähner, U. / Niehoff, U./ Sack, R. / Walther, H.: Vom Betreuer zum Begleiter – Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung (53-65). Herausgegeben von der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., 3.Aufl., Marburg: Lebenshilfe Verlag.

Niehoff, U. (2007): Teilhabe. In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer.

Schirbort, K. (2007): Geistige Behinderung. In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüssel begriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (379-380). Stuttgart: Kohlhammer.

Schulz-Nieswandt, Frank (2006): Alternsformen, Lebenserwartung und Alterststruktur Behinderter Menschen- unter besonderer Berücksichtigung angeborener Formen geistiger Behinderung: In: Krueger, Fritz & Degen Johannes (Hg.): Das Alter behinderter Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag

Seifert, M. (2007): Geistige Behinderung. In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüssel begriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (205-206). Stuttgart: Kohlhammer.

Speck, O. (2007): Geistige Behinderung. In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüssel begriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (136-137). Stuttgart: Kohlhammer.

Staatsministerium für Soziales des Freistaates Sachsen (2009): 4. Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung im Freistaat Sachsen. Dresden

Störmer, N. (2007a): Anstalten. In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (24-25). Stuttgart: Kohlhammer.

Störmer, N. (2007b): Geschichte der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung.  
In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung:

Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (144-146). Stuttgart: Kohlhammer.

Theunissen, Georg (Hg.) (2002): Altenbildung und Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Theunissen, G. (2006): Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Bürgerschaftliches Engagement. In: Theunissen, G. / Schirbort, K.: Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote (59- 96). Stuttgart: Kohlhammer.

Theunissen, G. (2007a): Enthospitalisierung. In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (95-96). Stuttgart: Kohlhammer.

Theunissen, G. (2007b): Empowerment, Selbstermächtigung, Selbstbefähigung. In: G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik (94). Stuttgart: Kohlhammer.

Theunissen, G. (2008): Geistige Behinderung und Lernbehinderung. Zwei Inzwischen umstrittene Begriffe in der Diskussion. In: Geistige Behinderung 02/2008, 47. Jg., (127-136).

Theunissen, G., Schirbort, K. (Hrsg.) (2010): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen-Soziale Netze Unterstützungsangebote. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

Thimm, W. (1994): Das Normalisierungsprinzip – Eine Einführung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag

Wacker, E. (2005): Selbst Teilhabe bestimmen? In: Wacker, E., Bosse, I., Dittrich, T., Niehoff, U., Schäfers, M., Wansing, G., Zalfen, B. (Hrsg.): Teilhabe. (13-19). Marburg: Lebenshilfe-Verlag

Wahl, H.-W., Heyl, V. (2004): Gerontologie – Einführung und Geschichte. In: Tesch-Römer, Wahl, Weyerer, Zank (Hrsg.): Grundriss Gerontologie, Band 1, 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

<http://www.lebenshilfe-karlsruhe.de/bilder/zukunft/orientierungspapier%20alte%20menschen%20mit%20geistiger%20behinderung.pdf> verfügbar am 01.11.11

<http://www.sundoc.bibliothek.uni-halle.de/diss-online/01/01H130/t4.pdf> verfügbar am 09.10.2011